

Promotion de la santé bucco-dentaire au centre de détention de Mauzac

Élodie Fardel

▶ **To cite this version:**

Élodie Fardel. Promotion de la santé bucco-dentaire au centre de détention de Mauzac. Chirurgie. 2017. dumas-01511614

HAL Id: dumas-01511614

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01511614

Submitted on 21 Apr 2017

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

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

Collège des Sciences de la Santé
UFR des Sciences Odontologiques

Année 2017 N° 31

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

Par Elodie Martine FARDEL

Née le 17/09/1989 à CROIX

Le 10 Avril 2017

Promotion de la santé bucco-dentaire au centre de détention de Mauzac.

Directeur de Thèse

Dr Yves DELBOS

Membres du Jury

Présidente	Mme C.BERTRAND	Professeur des Universités
Directeur	M. Y. DELBOS	Maître de conférences des Universités
Rapporteur	M. C. BOU	Maître de conférences des Universités
Assesseur	M. H. CHAUVEAU	Assistant Hospitalo-Universitaire

UNIVERSITE DE BORDEAUX

MAJ 01/02/2017

Président	M. TUNON DE LARA Manuel
Directeur de Collège des Sciences de la Santé	M. PELLEGRIN Jean-Luc

COLLEGE DES SCIENCES DE LA SANTE
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DES SCIENCES ODONTOLOGIQUES

Directrice	Mme BERTRAND Caroline	58-02
Directrice Adjointe – Chargée de la Formation initiale	Mme ORIEZ-PONS Dominique	58-01
Directeur Adjoint – Chargé de la Recherche	M. FRICAIN Jean-Christophe	57-02
Directeur Adjoint – Chargé des Relations Internationales	M. LASSERRE Jean-François	58-02

ENSEIGNANTS DE L'UFR

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Caroline	BERTRAND	Prothèse dentaire	58-02
Mme	Marie-José	BOILEAU	Orthopédie dento-faciale	56-02
Mme	Véronique	DUPUIS	Prothèse dentaire	58-02
M.	Bruno	ELLA NGUEMA	Sciences anatomiques et physiologiques - Biomatériaux	58-03
M.	Jean-Christophe	FRICAIN	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Elise	ARRIVÉ	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
Mme	Cécile	BADET	Sciences biologiques	57-03
M.	Etienne	BARDINET	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Michel	BARTALA	Prothèse dentaire	58-02
M.	Cédric	BAZERT	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Christophe	BOU	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
Mme	Sylvie	BRUNET	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
M.	Sylvain	CATROS	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
M.	Stéphane	CHAPENOIRE	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M.	Jacques	COLAT PARROS	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M,	Jean-Christophe	COUTANT	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M.	François	DARQUE	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	François	DE BRONDEAU	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Yves	DELBOS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Raphael	DEVILLARD	Odontologie conservatrice- Endodontie	58-01
M.	Emmanuel	D'INCAU	Prothèse dentaire	58-02
M.	Dominique	GILLET	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Jean-François	LASSERRE	Prothèse dentaire	58-02
M.	Yves	LAUVERJAT	Parodontologie	57-01
Mme	Odile	LAVIOLE	Prothèse dentaire	58-02
M.	Jean-Marie	MARTEAU	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
Mme	Javotte	NANCY	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Adrien	NAVEAU	Prothèse dentaire	58-02
Mme	Dominique	ORIEZ	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Jean-François	PELI	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01

M.	Philippe	POISSON	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
M.	Patrick	ROUAS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Johan	SAMOT	Sciences biologiques	57-03
Mme	Maud	SAMPEUR	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Cyril	SEDARAT	Parodontologie	57-01
Mme	Noélie	THEBAUD	Sciences biologiques	57-03
M.	Eric	VACHEY	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01

ASSISTANTS

Mme	Audrey	AUSSEL	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M.	Wallid	BOUJEMAA AZZI	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Melle	Camille	BOULÉ-MONTPEZAT	Odontologie pédiatrique	56-01
Melle	Anaïs	CAVARÉ	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Hubert	CHAUVEAU	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Mathieu	CONTREPOIS	Prothèse dentaire	58-02
M.	Jean-Baptiste	CULOT	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
Mme	Clarisse	DE OLIVEIRA	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Cédric	FALLA	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
Mme	Elsa	GAROT	Odontologie pédiatrique	56-01
Mme	Agathe	GREMARE	Sciences biologiques	57-03
Mme	Olivia	KEROUREDAN	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Adrien	LASTRADE	Prothèse dentaire	58-02
M.	Alexandre	MARILLAS	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Emmanuel	MASSON-REGNAULT	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
Mme	Marie	MÉDIO	Orthopédie dento-faciale	56-02
Mme	Meriem	MESFIOUI	Parodontologie	57-01
Mme	Darrène	NGUYEN	Sciences biologiques	57-03
M.	Ali	NOUREDDINE	Prothèse dentaire	58-02
Mme	Chloé	PELOURDE	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Antoine	POPELUT	Parodontologie	57-01
Mme	Charlotte	RAGUENEAU	Prothèse dentaire	58-02
Mme	Noëlla	RAJONSON	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
M.	Clément	RIVES	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Thibaut	ROULLAND	Prothèse dentaire	58-02
M.	François	ROUZÉ L'ALZIT	Prothèse dentaire	58-02
Mme	Audrey	SAY LIANG FAT	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03

Remerciements

A notre Présidente de thèse

Madame le Professeur Caroline BERTRAND

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

Directrice de l'UFR des Sciences Odontologiques

Sous-section Prothèse dentaire 58-02

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse.

Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mes sentiments respectueux.

A notre Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Yves DELBOS

Maitre de conférences des Universités-Praticien Hospitalier

Sous –section Odontologie pédiatrique 56-01

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail, pour votre soutien, votre enseignement et vos conseils tout au long de cette année. C'est un plaisir de vous avoir eu comme professeur au cours de mon cursus. Votre gentillesse, votre bienveillance et votre poésie m'ont permis de trouver la force de continuer quand la difficulté apparaissait. Vous trouverez dans ces pages, le témoignage de ma reconnaissance, et de ma plus grande estime à votre égard.

A notre Rapporteur de thèse

Monsieur le Docteur Christophe BOU

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

Sous-section Prévention Epidémiologique-Economie de la santé-Odontologie légale. 56-03

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail et d'en être le rapporteur. Merci pour vos conseils et votre disponibilité.

A notre Assesseur

Monsieur le Docteur Hubert CHAUVEAU

Assistant Hospitalo-Universitaire

Sous-section Odontologie conservatrice-Endodontie. 58-01

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. C'est avec plaisir que je t'ai rencontré dans mes études et je suis heureuse de te savoir dans mon jury.

Au Docteur Sylvie ANCEY – Dentiste référente de l'UCSA de Mauzac

Merci infiniment pour votre aide précieuse, la confiance que vous m'avez accordé dès notre première rencontre, pour le partage et la transmission de vos expériences. Merci pour votre accueil durant les séjours passés avec vous et de m'avoir fait découvrir cette merveilleuse région qui est la Dordogne. Amicalement.

Au personnel de l'UCSA de Mauzac :

Pour leur aide et leur soutien dans ce projet.

A l'enseignante de l'UCSA et aux détenus rédacteurs du journal MAUZ-MAG

Pour leur contribution à mon projet et les discussions intéressantes que nous avons pu avoir pendant nos entrevus.

Au prothésiste Bertrand

Merci pour votre aide et le partage de vos connaissances.

A mes professeurs

Je vous remercie d'avoir enrichi mes connaissances et de m'avoir guidé durant toutes ces années.

A ma mère Brigitte

Merci maman pour ta force, pour ton soutien, pour ta confiance et ton amour.

A mon père Jean-Loup

Merci papa pour ton soutien, ton optimisme permanent, ton humour et ton amour.

A ma grande sœur Karine

Pour tous ses moments passés de joie avec toi et ma confidente adorée.

A Thomas

Parce que je suis heureuse et fière d'être la marraine d'un petit garçon si mignon.

A Pierre-Simon (parce que tu garderas toujours ce prénom pour moi)

Pour le bonheur de vivre à tes côtés, ton amour et ton aide précieuse chaque jour qui m'aide à me surpasser. Tu m'as dé-Roubaix mon cœur.

A Christophe et Valérie

Grand frère et 2ème sœur toujours présent pour moi. Vous m'avez permis avec votre flot de bêtises et de raisons de me mener vers le bon chemin de ma vie adulte.

A Martine *Marraine ou Ma reine de ma vie. Merci pour ton amour*.

A ma famille Fanny, Marion, Maryse, Michel, Christian, Toutouline, Christine, Dylan, Léon, Lucien, Paul et Agathe. *Pour être chaque jour les rayons de soleil dans mon cœur qui remplacent la pluie du Nord.*

A ma belle-famille Antoine, Julie, Jeff, JB, Rebecca, Myriam, François, Priscille.

Pour votre gentillesse et affection.

A Marie,

Pour ta sincérité et ton amour, pour avoir toujours été là pour moi et m'accueillir chez toi, pour être le « M » qui manquait à mon prénom « Mélodie ».

A Pauline, je laisse le petit prince parlait à ma place,

« Et je n'ai pas besoin de toi. Et tu n'as pas besoin de moi non plus. Je ne suis pour toi qu'un renard semblable à cent mille renards. Mais, si tu m'apprivoises, nous aurons besoin l'un de l'autre. Tu seras pour moi unique au monde. Je serai pour toi unique au monde... »

A Médiatrice, Anne Laure, Annabelle, Marie, Pauline,

Pour le bonheur de vous avoir connu et d'avoir créé les meilleurs souvenirs de Bordeaux avec vous et d'avoir été pour chacune les binômes idéales.

A mon professeur de théâtre David et tous mes compagnons de théâtre

Pour me laisser m'évader dans la poésie de quelques textes et d'avoir fait une petite famille à vos côtés.

A Laurence et Jonas

Pour ses années de cohabitation avec vous, pour tous ses petits moments de partage, de toujours m'accueillir avec bonheur et convivialité. Merci d'avoir créé mon coin de paradis au NouticZik. Laurence RR à tout jamais.

A mes amis sous la pluie du Nord ou sous le soleil de la Réunion,

A tous ceux que je ne cite pas mais qui de près ou de loin partagent mon quotidien et contribuent pleinement à le rendre heureux.

« Je suis

Enfermé, à l'étroit dans ma cellule

Tous les jours le même café mais c'est le temps qui est soluble

Ces bonnes actions que l'on regrette

Ces erreurs que l'on refait

Au parloir je parle autant à mon fils qu'à mon reflet »

Bigflo et Oli, « Je Suis »

TABLES DES MATIERES

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....9

GLOSSAIRE DES TERMES PÉNITENCIERS.....10

INTRODUCTION.....11

1.LE STATUT DES SOINS EN CENTRE DE DÉTENTION.....12

1.1Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994, relative à la santé publique, à la protection sociale et la création des UCSA (8) 12

1.2Loi KOUCHNER n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (12) 12

1.3Politique de santé pour les personnes placées sous-main de justice 14

1.4La Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH) du 19 janvier 2006 15

1.5 La Charte d'OTTAWA du 21 novembre 1986 15

2DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE VIA LES FICHES TECHNIQUES.....15

2.1Fiche n°1 : Mise en place d'un comité de pilotage (7) 15

2.2Fiche n°2 : Elaboration d'une équipe projet (7) 16

2.2.1Le personnel médical et paramédical de l'UCSA.....16

2.2.2Le personnel pénitentiaire.....17

2.2.2.1Les CPIP : Conseillers Pénitentiaires d'Insertion et de Probation.....17

2.2.2.2Le surveillant de l'UCSA.....18

2.3Fiche n°3 : Analyse de la situation et caractérisation de la population concernée (6) 18

2.3.1Cadre de l'étude 18

2.3.1.1Présentation des 2 centres.....18

2.3.1.2La vie au centre de détention.....18

2.3.1.3L'UCSA du Nouveau Centre de Mauzac.....18

2.3.2Le cabinet dentaire et matériel.....19

2.3.2.1Le local.....19

2.3.2.2L'équipement ou « Unit ».....19

2.3.2.3Petit matériel et consommable.....19

2.3.2.4Instruments rotatifs.....19

2.3.2.5La radioprotection.....19

2.3.2.6Gestion du risque infectieux.....20

2.3.2.6.1Décontamination.....20

2.3.2.6.2Stérilisation.....20

2.3.3Analyse de la pratique dentaire en milieu carcéral(17).....20

2.3.3.1Les demandes de rendez-vous : lettre de demande d'admission à la consultation.....20

2.3.3.2Le carnet des arrivants pour examen bucco-dentaire d'entrée.....21

2.3.3.3Le délai d'attente moyen des rendez-vous et causes des retards.....21

2.3.3.3.1L'absentéisme.....21

2.3.3.3.2La surpopulation.....22

2.3.3.3.3Effectifs en praticiens insuffisants.....22

2.3.3.3.4Contraintes liées à l'organisation de l'établissement pénitentiaire.....22

2.3.3.3.5Absence d'assistant dentaire.....22

2.3.3.3.6Manque de matériel suite à une stérilisation réduite à 1fois/semaine.....22

2.3.3.3.7Problème de dossier CMU-C.....22

2.3.3.4Les hospitalisations externes à l'UHSI.....22

2.3.3.5Type de soins prodigués....24
2.3.3.5.1Soins d'urgence....24
2.3.3.5.2Chirurgie....24
2.3.3.5.3Soins conservateurs et endodontie....24
2.3.3.5.4Parodontologie....24
2.3.3.5.5Prothèses....25
2.3.3.5.6Implantologie et orthodontie....25
2.3.4La prise en charge pharmaceutique: le circuit du médicament....25
2.3.4.1La prescription....25
2.3.4.2La dispensation....25
2.3.4.3L'administration....26
2.3.4.4Les médicaments non prescriptibles....26
2.3.4.5Les médicaments psychotropes et TSO prescrit à l'UCSA....26
2.3.5La prise en charge du détenu : le statut de sécurité social....26
2.3.6L'accès aux produits d'hygiène pour les patients....26
2.3.6.1A l'entrée de l'incarcération....26
2.3.6.2Système de « cantinage »....27
2.3.7Population de l'étude 27
2.3.7.1Etude quantitative....27
2.3.7.2Etude qualitative : profil sociodémographique....27
2.3.7.2.1Moyenne d'âge....27
2.3.7.2.2Origine géographique....27
2.3.7.2.3Etat de santé générale....27
2.3.7.2.4Durée d'incarcération....27
2.3.8Les facteurs pré disposants à la carie et parodontopathie....27
2.3.8.1Boulimie face aux sucreries et « grignotages »....27
2.3.8.2Traitement de substitution aux opiacés : la Méthadone....28
2.3.8.3Carie de Lowenthal (suite à la consommation d'héroïne)....28
2.3.8.4Absence d'hygiène et parodontopathies....28
2.3.8.5Médicaments psychotrope et Hyposialie....28
2.3.8.6Toxicomanie....28
2.3.8.7Maladie virale....28
2.3.8.8La violence carcérale et ses dégâts buccodentaires....28
2.3.8.9Les effets du stress : bruxisme et onychophagie....29
2.3.9L'état dentaire....29
2.3.9.1L'indice CAO....29
2.3.9.2Délabrement visible des dents antérieures....29
2.3.9.3Indice d'hygiène réversible....29
2.3.9.4Le coefficient masticateur....30
2.3.10Les besoins en soin 31
2.4.Fiche n°4 : Participation des personnes détenues 31
2.4.1. Questionnaires....32
2.4.2.Echantillonnage....32
2.4.2.1 Critères de sélection....32
2.4.2.2 Nombre de patients composant l'échantillon....32
2.4.3.Participation à la création de la brochure....32
2.5. Fiche n°5 : Identification des partenaires potentiels à mobiliser autour du projet 33
2.6. Fiche n°6 : Définitions des objectifs 33
2.7. Fiche n°7 : Estimation des besoins humains et logistiques. 34
2.8. Fiche n°8 : Recherche des ressources de financement 34
2.9.Fiche n°9 : Planification du projet 34
2.10.Fiche n°10 : Evaluation pré- publication 35
3.RÉSULTATS....35

3.1.Données du questionnaire 35
3.2.La brochure informative « Mes dents c'est Ma santé, Mes dents c'est Mon sourire. » 37

4.DISCUSSIONS..... 37

4.1. Analyse et limites du questionnaire 37
4.1.1.Analyse.....37
4.1.2.Limites.....38
4.2.Analyse et limites de l'examen bucco-dentaire 38
4.2.1.Analyse.....38
4.2.2.Limites.....38
4.3.Analyse et limites de la plaquette informative 38
4.3.1.Analyse.....38
4.3.2.Limites.....40
4.4.Contraintes et difficultés rencontrées 41
4.4.1.Difficulté administrative.....41
4.4.2.Difficulté pour récolter les questionnaires anonymes.....41
4.4.3.Difficulté pour trouver des partenaires potentiels au projet.....41
4.5.Prospectives 41
4.5.1.Les Nudges : Nouvelle approche de la prévention en santé publique. (26).....41
4.5.2.Modèle de Whitehead et Dahlgreen.....42
4.5.3.La prévention ludique.....42
4.5.4.Livret de présentation du service pour les étudiants (11).....42

CONCLUSION..... 44

BIBLIOGRAPHIE..... 45

ANNEXES..... 47

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE ANONYME..... 48

ANNEXE 2 : EXAMEN BUCCO-DENTAIRE..... 53

ANNEXE 3 : ARBRE À OBJECTIFS..... 55

ANNEXE 4: LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA PLANIFICATION DE VOTRE PROJET D'ENSEIGNEMENT.....56

ANNEXE 5 : ESTIMATION DES BESOINS LOGISTIQUES ET FINANCIERS.....57

ANNEXE 6 : TABLEAU DE PLANIFICATION DU PROJET.....57

ANNEXE 7 : JOURNAL DE BORD SUR LE DÉROULEMENT DES SÉANCES POUR LA CRÉATION DE LA PLAQUETTE 59

ANNEXE 8 : BROCHURE CRÉE AVEC L'AIDE DES DÉTENUS..... 61

ANNEXE 9 : PROCÉDURE DE RÉTROACTION POUR LES DOCUMENTS D'ENSEIGNEMENT AUX PATIENTS.....61

ANNEXE 10 : EXEMPLE DE QUESTIONNAIRE DE RÉTROACTION..... 62

Figure 1 : Plan UCSA de MAUZAC.....18

Figure 2 : Courriers de détenus pour obtenir un rendez-vous au service dentaire de Mauzac.....20

Figure 3 : Consultation chez le dentiste avant l'incarcération.....35

Figure 4 : Fréquence de brossage dentaire.....35

Figure 5 : Temps d'attente pour un rendez-vous.....36

Figure 6 : Consommation de Tabac.....37

Figure 7 : Tableau de contingence : corrélation entre le manque d'information et l'absence de conscience de l'importance des soins bucco-dentaires.....38

Figure 8 : Tableau de contingence : corrélation entre l'absence d'information reçue et la sensation d'avoir une dégradation bucco-dentaire.....38

Figure 9 : Image illustrative des paquets de cigarette.....39

Figure 10 : Image illustrative de la page de titre.....39

Figure 11 : Maquette architecturale.....40

Figure 12 : Rappel des rendez-vous employant l'information « Neutre » ; « Positive » ; « Négative » 41

Figure 13 : Modèle de Whitehead et Dahlgreen.....42

Figure 14 : Approche Transversale des divers déterminants face à la problématique.....42

Figure 15 : Théorie de VROOM.....43

Liste des abréviations

AICS : Auteur d'Infraction à Caractère Sexuel

ACS : Aide pour la Complémentaire Santé

ACOSS : Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale.

ARS : Agence Régional de Santé

CAO : Carie-Absente-Obturée

CHR : Centre Hospitalier Régional

CMU-C : Couverture Maladie Universelle-Complémentaire

CPIP : Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

CPP : Code de Procédure Pénale.

CNCDH : La Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme_

DPS : Détenu Pénitentiaire Signalé

DGS : Direction Générale de Santé

DMP : Dossier Médical Personnel

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ELSA : Equipe Liaison Soins Addictologie

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

IREPS : Instance Régional d'Education et de Promotion de la Santé

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

RVG : Radio Visio Graphie

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés

THC : Tétra Hydro Cannabinol

UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires

UHSI : Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales

UNODC : Office des Nations unies contre la Drogue et le Crime

Glossaire des termes pénitenciers

(1) (2)

- Maison d'arrêt : Etablissement pénitentiaire pour les personnes condamnées dont la durée de peine restant à purger est inférieure à un an, et les personnes condamnées en attente d'affectation dans un établissement pour peine.

- Centre pénitentiaire : Etablissement pénitentiaire qui comprend au moins deux quartiers de régime de détention différents : maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale.

- Centre de détention : Etablissement pénitentiaire accueillant les personnes majeures condamnées présentant les perspectives de réinsertion les meilleures. Leur régime de détention est orienté principalement vers la resocialisation des personnes détenues.

- Maison centrale : Etablissement pénitentiaire pour les personnes condamnées les plus difficiles. Leur régime de détention est essentiellement axé sur la sécurité.

- Milieu ouvert : Le milieu ouvert regroupe l'ensemble des mesures alternatives à l'incarcération qui répondent à une démarche axée sur la responsabilisation du condamné (placement à l'extérieur, en semi-liberté ou en placement sous

surveillance électronique).

- Milieu fermé : les détenus sont pris en charge dans les établissements pénitentiaires.

- Prévenu : Personne détenue dans un établissement pénitentiaire qui n'a pas encore été jugée ou dont la condamnation n'est pas définitive.

- Condamné : Personne détenue dans un établissement pénitentiaire en vertu d'une condamnation judiciaire définitive.

-

Introduction

En France, la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale des détenus a apporté une nette amélioration de l'accès aux soins des personnes détenues. La réforme des soins a eu pour objectif d'intégrer la population pénale dans un dispositif de santé.

Les Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) ont pour mission d'assurer la préparation du suivi sanitaire de l'insertion à la sortie du détenu mais aussi l'élaboration, la coordination de programmes de prévention et d'éducation à la santé dans les établissements pénitentiaires.

L'ensemble de règles *a minima* pour le traitement des détenus de l'UNODC de 1955 met l'accent sur le fait que la privation de liberté doit avoir pour but la réinsertion du détenu, lequel doit, à cette fin, bénéficier d'un programme de soins approprié. Une bonne santé bucco-dentaire permet de contribuer à une bonne réinsertion sociale du détenu (3).

Les personnes détenues présentent des besoins en soin accrus par rapport à la population générale et sont davantage exposés à certains risques sanitaires, addictions en particulier (4). La politique de santé pour les personnes placées sous-main de justice a mis en évidence les besoins en santé bucco-dentaire ainsi que le manque de moyens humains et matériels dans les établissements. Le plan d'actions stratégiques de 2010/2014 tente de permettre à chaque personne détenue sortante de pouvoir disposer d'une proposition concrète et adaptée de prise en charge sanitaire, sociale voire médico-sociale (5).

Le centre de détention de Mauzac est un établissement pénitentiaire qui reçoit les condamnés considérés comme présentant les perspectives de réinsertion les meilleures, d'où un régime de détention principalement orienté vers la resocialisation des détenus avec la « ferme école », dispositif de formation professionnelle constituant la singularité du centre (6).

Malgré les moyens matériels à disposition, les soins dentaires à l'UCSA de Mauzac manquent d'un outil de prévention informatif adressé aux patients sur l'importance des soins bucco-dentaires et de l'impact sur leur réinsertion sociale.

Ainsi les aides du plan d'actions 2010/2014 et des démarches méthodologiques du référentiel d'intervention élaboré par l'INPES me guideront dans l'élaboration d'un programme de promotion de la santé bucco-dentaire via la création d'une brochure informative (5) (7).

Dans un 1er temps, une meilleure compréhension de la spécificité des soins odontologiques en prison et l'analyse des comportements face aux risques doivent alors constituer un préalable à toute action afin de promouvoir une éducation thérapeutique adaptée aux besoins dentaires. Les besoins individuels en termes de santé et de réinsertion sont autant d'informations dont les administrateurs de prisons ont besoin pour une prise en charge

adaptée. Cela permet de définir les ressources nécessaires, établir un budget, gérer les programmes de santé, sécurité, réinsertion et soins.

Dans un 2ème temps, afin d'éviter une rupture de la continuité des soins à la sortie du détenu avec une absence d'accompagnement, l'élaboration d'une plaquette informative à l'usage des patients sera faite en collaboration avec les membres constitutifs de l'UCSA. Le développement des relations avec les réseaux de précarité et les praticiens extérieurs est à poursuivre dans une recherche de continuité des soins au-delà de la durée d'incarcération.

Le but de mon étude étant de donner les informations sur le comportement adéquat afin de valoriser une réinsertion sociale du détenu, nous devons nous assurer que nos patients et leurs aidants reçoivent les meilleurs renseignements disponibles pour pouvoir jouer un rôle plus actif dans leurs soins.

1. Le statut des soins en centre de détention

1.1 Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994, relative à la santé publique, à la protection sociale et la création des UCSA (8)

En France, un rapport sur la santé en milieu carcéral publié en 1993 a eu un impact très important sur l'évolution de la prise en charge sanitaire des personnes détenues (9). La promulgation de la loi du 18 janvier 1994 a posé le principe du transfert de la prise en charge sanitaire des personnes détenues au Ministère de la Santé, jusque-là dépendants de l'Administration pénitentiaire soit du Ministère de la Justice. Avant cette date, seules les personnes condamnées pouvaient recevoir des soins (article D392 du CPP modifié par le décret n°-735 du 20 juillet 1964, en vigueur jusqu'au 11 février 1993) ; les prévenus ne pouvaient bénéficier que des soins d'urgence. La prise en charge sanitaire des personnes détenues est confiée au Service Public Hospitalier, ainsi le bénéfice de la protection sociale est garanti pour tous. Depuis les personnes détenues bénéficient de soins délivrés par des professionnels hospitaliers (médecins, chirurgiens-dentistes, psychologues, infirmières….), tant au sein des établissements pénitentiaires que dans les établissements publics de santé lors de consultations d'urgence, de consultations spécialisées, voire d'hospitalisation.

La loi du 18 janvier 1994 a posé comme objectif d'assurer à la population carcérale « une qualité et une continuité des soins garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficient l'ensemble de la population ». Elle précise que « […] le service hospitalier assure, dans des conditions fixées par voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements […] » (article R6112-20 du code de santé publique)

En intégrant les détenus (autant mineurs que majeurs incarcérés) au système de santé de droit commun, la loi a fixé 3 principes fondamentaux :

- L'affiliation obligatoire des personnes détenues, dès leur incarcération, au régime général de l'assurance maladie. La législation, complétée par le décret du 27 octobre 1994 et la circulaire interministérielle du 8 décembre 1994, a eu pour objectif d'accorder à la personne détenue une couverture sociale.

- Le versement par le Ministère de la Justice des cotisations sociales de ces personnes à l'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS).

- La mise en place au sein de chaque établissement pénitentiaire d'une Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA), unité hospitalière dépendant directement d'un établissement de santé et placée sous la responsabilité de leur directeur.

L'aménagement des UCSA a constitué le premier volet de cette réforme et des moyens importants ont été mobilisés et renforcés ces dernières années. La réforme a concerné 149 établissements pénitentiaires. Des protocoles ont été signés entre l'administration pénitentiaire

et 206 établissements de santé et 189 unités de consultations et soins ambulatoires ont ainsi été créés (10).

L'UCSA est une unité hospitalière implantée en milieu pénitentiaire. Elle assure les soins courants mais inclue également prévention et organisation des soins en milieu hospitalier extérieur, si la spécialité médicale n'est pas présente dans l'unité, ainsi que la continuité de soins à la sortie de détention. Il y a une UCSA dans chaque établissement pénitentiaire sauf dans les centres de semi-liberté. Une convention doit être signée entre l'établissement pénitentiaire et l'établissement de santé de proximité afin que les soins puissent être fait par l'UCSA. Les Pharmacies à Usage Intérieur (PUI) assurent également leurs missions telles que prévues dans le Code de la Santé Publique (CSP) auprès de ces unités de soins(10).

L'équipe pluridisciplinaire de l'UCSA comprend généralement une équipe d'infirmiers, médecins, psychologues, assistantes sociales, chirurgiens-dentistes, parfois kinésithérapeutes. Cette équipe est formée pour prendre en charge les problèmes de santé des personnes incarcérées de façon globale, c'est-à-dire en tenant compte de la dimension curative, relationnelle, préventive et éducative du soin

Les missions des UCSA sont définies par un guide méthodologique qui régit l'organisation des soins et la composition des équipes. Ces missions sont multiples et applicables via des circulaires de la loi 1994.

- La réalisation de bilans de santé pour l'ensemble des détenus
- Le suivi sanitaire des pathologies ponctuelles ou chroniques des détenus
- La mise en œuvre d'une mesure d'isolement en cas de maladie contagieuse
- La sécurisation des soins et des activités d'administration des médicaments
- Des actions d'information et de prévention.

1.2 **Loi KOUCHNER n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé** (12)

La pratique médicale en milieu carcéral s'appuie sur des principes fondamentaux bien définis par la loi de modernisation sociale du 4 mars 2002 introduit dans le code de santé publique :

• **Accès au médecin ;** la protection de la santé doit être mise en œuvre pour toute personne car selon l'article *L. 1110-3* « Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. »

• **Equivalence des soins et la prescription médicamenteuse entre la population libre et celle privée de liberté fait partie de ces principes ;** l'exercice de la chirurgie dentaire en milieu carcéral est soumis, comme dans toute autre forme d'exercice dentaire, au respect des droits des patients car selon l'article *L.1110-1* « 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. »

• **Consentement du patient et confidentialité** avec l'article *L.1110-4* du code de la santé publique, « Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant… ».

• **Prévention sanitaire** ; 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.

Art. L. 1142-1. - I « Les établissements, services et organismes dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère »

• **Intervention humaine**. L'article *L1110-5* vient renforcer cette notion et indique que le patient doit « bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées »

• **Indépendance professionnelle** ; L'article. *L. 1142-2* souligne l'indépendance organisationnelle et fonctionnelle du personnel de santé qui n'est plus fonctionnaire de l'administration pénitentiaire mais au service de la santé publique: « L'assurance des établissements, services et organismes mentionnés au premier alinéa couvre leurs salariés agissant dans la limite de la mission qui leur a été impartie, même si ceux-ci disposent d'une indépendance dans l'exercice de l'art médical. »

Dans toutes les situations où le médecin est mandaté par une autorité de justice, il importe que la priorité soit donnée, en toute indépendance professionnelle, à l'état de santé de la personne détenue.

Les principes énoncés par le Code de déontologie des chirurgiens-dentistes inscrits dans le Code de santé publique et la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, sont à prendre en considération dans la pratique dentaire s'exerçant en milieu carcéral. Ils doivent de plus se concilier avec les exigences du Code de procédure pénale qui régit les conditions de détention et avec le règlement intérieur des établissements pénitentiaires.

1.3 Politique de santé pour les personnes placées sous-main de justice

Suite au rapport de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) sur la santé des personnes entrées en prison en 2003 et au rapport de la santé bucco-dentaire des détenus en 2006 par la Direction Générale de la santé (DGS)(2) (1), des besoins croissants ont été objectivés par la prévalence élevée de plusieurs pathologies, liés aux caractéristiques sociodémographiques et au vieillissement de la population carcérale. Ainsi un plan national d'action pour améliorer la santé des personnes détenues s'est fait nécessaire.

Le plan d'actions stratégiques « 2010-2014 », possédant les mêmes principes que la loi du 18 janvier 1994, a créé des mesures autour de 6 axes pour pousser à une application concrète de ces fondements(5).

Ces axes sont :

- améliorer la connaissance de l'état de santé pour adapter la politique de santé ;
- renforcer la promotion et la prévention en tenant compte des caractéristiques particulières afin d'aider à une réinsertion ;
- un accès aux soins identique entre la population générale et la population carcérale ; un accès aux droits sociaux conformes à la réglementation ;
- assurer une formation professionnelle adaptée à l'équipe des UCSA ;
- une hygiène, une sécurité et une salubrité des établissements pénitentiaires.

Les recommandations concernant les soins bucco-dentaires sont décrits dans la Mesure N°7 et la Mesure N°13.

La Mesure N°7 « Améliorer la santé bucco-dentaire des détenus » prévoit de favoriser la mise en œuvre d'un bilan bucco-dentaire à l'entrée de la détention. Les recommandations énoncées concernent l'organisation d'un examen bucco-dentaire pouvant être intégré à la visite médicale d'entrée. Actuellement, il semble que, dans la moitié des cas environ, l'examen bucco-dentaire ne soit pas systématiquement réalisé à l'entrée en détention ou réalisé dans de mauvaises conditions. Cette situation est liée pour une bonne part aux grandes disparités locales observées en termes de personnel (chirurgien-dentiste et assistant).

Cette dernière mesure vise aussi une réduction du risque infectieux associé aux soins dentaires en améliorant l'équipement dentaire des UCSA. L'objectif est de réduire le risque de transmission croisée d'agents pathogènes entre patients, notamment vis à vis du virus de l'hépatite B lié à la non-stérilisation des porte-instruments rotatifs.

L'instruction N°2011-206 du 29 août 2011 a permis de rappeler les grandes lignes du contexte sanitaire qui fonde cette mesure et a permis de formuler des recommandations d'une part pour l'organisation et le contenu de cet examen bucco-dentaire et d'autre part pour la prévention des infections associées aux soins dentaires(13).

La Mesure N°13 « Organiser la préparation et la continuité des soins en développant des outils et des dispositifs pour faciliter la prise en charge sanitaire et sociale à la sortie de prison » contribue au principe de réinsertion favorable et une plus grande autonomie du détenu car « la prise en charge médicale des personnes détenues prend tout son sens si elle s'inscrit dans la durée, c'est-à-dire au-delà du séjour en prison ». En effet les risques encourus pour la santé individuelle peuvent être prévenus en évitant les ruptures de prise en charge et de traitements.

Le service pénitentiaire d'insertion et de probation contribue à établir ou à rassembler l'ensemble des documents administratifs nécessaires à la personne détenue pour bénéficier, après sa sortie, d'un suivi médical et social. Concernant les soins somatiques incluant les maladies infectieuses et les maladies chroniques, les structures cliniques de prise en charge à la sortie existent et sont répertoriées mais l'encadrement et l'information délivrée aux personnes concernées font parfois défaut au risque d'une rupture dans leur prise en charge.

D'où la nécessité de s'assurer de la mise en place d'une consultation de sortie pour expliquer les modalités d'un suivi sanitaire à la libération, une délivrance de traitement médicamenteuse si besoin, ainsi que la distribution d'informations concernant les structures d'accueil pouvant être mobilisées pour accueillir des personnes sortant de prison.

Toujours dans une volonté d'amélioration de la politique de santé, le Ministère de la Santé en collaboration avec le Ministère de la Justice a mis en place un guide méthodologique pour une prise en charge sanitaire. Tout d'abord crée en 1994, cette première version fut modifiée en 2005 puis en 2012 afin de tenir compte des dernières dispositions législatives et règlementaires.

Le guide définit les missions du personnel hospitalier, la composition, la hiérarchie des équipes et les prestations de soins(10). Il rappelle les droits et devoirs de chaque acteur de la santé et de la justice dans les UCSA ainsi que les droits et devoirs des personnes détenues. Sous forme de fiches synthétiques, ce document de référence tente de répondre aux questionnements des professionnels sur l'ensemble des domaines qui constituent la prise en charge sanitaire et sociale des personnes sous-main de justice. Il renseigne sur les règles spécifiques liées à l'environnement du monde carcéral et traite également des modalités de prise en charge de la santé de cette population.

De nombreux textes de législations ainsi que des annexes, organigrammes et procédures d'orientations sont concentrés dans ce manuel afin de guider les acteurs du terrain à apporter un soutien plus adapté au centre pénitentiaire dans lequel ils sont missionnaires.

1.4 La Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH) du 19 janvier 2006

La CNCDH est l'institution française des droits de l'homme. Elle rend compte de ses positions à travers des avis, rapports, recommandations et des études. Elle a un rôle de vigilance, de proposition, de suivi, et identifie plusieurs thématiques qui devraient être considérées prioritairement par le Gouvernement et le Parlement concernant les droits de l'homme et les droits internationaux humanitaire(14).

La CNCDH a une composition multiple car l'institution est composée de représentants des religions, des organisations non gouvernementales œuvrant dans le domaine des droits de l'homme, d'experts indépendants dans les instances internationales, de membres des principales confédérations syndicales. Cette composition pluraliste permet au CNCDH de remplir sa mission en toute indépendance

Le 19 janvier 2006, la Commission estime devoir poursuivre sa réflexion sur la question de l'accès aux soins des personnes détenues après avoir effectué une « Etude sur les Droits de l'homme en prison » le 11 mars 2004.

Adoptée par l'Assemblée Plénière, la CNCDH fait un constat des lieux et donne des propositions concernant la salubrité des locaux, les programmes d'éducations inappliqués, la permanence, la qualité et la spécificité des soins. Elle transmet au Gouvernement les informations concernant le manque d'organisation des hospitalisations et le manque de moyen des centres pénitentiaires. Elle indique comment créer des conditions adéquates pour établir des relations respectueuses entre services médicaux et services pénitentiaires ainsi que des suggestions pour la prise en charge des populations en situation de précarité avec des difficultés tel que dépendance ou handicaps (15).

1.5 La Charte d'OTTAWA du 21 novembre 1986

En 1986, en définissant le concept de promotion de la santé, la rédaction de la charte d'Ottawa par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a permis à la promotion de la santé d'être connue au niveau mondial. (7) Elle fixe, pour les pays signataires, les objectifs et les engagements communs pour lancer et poursuivre un processus de promotion de la santé qui est le « processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci». Elle identifie les stratégies, les actions et les ressources nécessaires à son fonctionnement. Elle utilise des méthodes d'intervention fondées sur la participation des personnes et des groupes.

Cinq domaines d'actions pour la promotion de la santé sont identifiés :

- La construction d'une politique publique saine ;

- La création d'environnements favorables ; c'est-à-dire qu'il faut prendre en compte les conditions de vie et d'environnement pour changer les comportements.

- Le renforcement des actions communautaires en ciblant le développement social communautaire.

- Le développement des compétences personnelles par l'information et l'éducation ; il s'agit là d'acquérir des aptitudes permettant aux individus d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé.

- La réorientation des services de soins de santé vers la prévention des maladies et la promotion de la santé.

Cette Charte invite donc à soutenir le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie.

2 Démarche méthodologique via les fiches techniques

2.1 Fiche n°1 : Mise en place d'un comité de pilotage (7)

Le comité de pilotage a pour mission d'élaborer, ou de valider, le programme annuel d'éducation et promotion de la santé. C'est une instance de réflexion et de validation. Il s'appuie sur une équipe projet qui élabore un programme d'actions. L'obtention des autorisations officielles du comité de pilotage est nécessaire afin de mener à bien notre action

- Autorisation verbale du Directeur de l'établissement pénitentiaire de MAUZAC: Mr Y. LEREBOURG
- Autorisation écrite de la Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires via le secrétaire générale : Mr J. PASCAL
- Autorisation verbale du chirurgien-dentiste de l'UCSA de Mauzac : Dr ANCEY

Autorisation verbale du cadre de santé du dispositif de soins somatiques : Mr. D AMIET

2.2 **Fiche n°2 : Elaboration d'une équipe projet** (7)

Son rôle est de construire le projet en lien avec le comité de pilotage. Animée par un chef de projet, elle doit être constituée par les membres de l'équipe soignante ainsi que par un membre de l'administration pénitentiaire au moins. Le but de l'équipe est d'élaborer les actions structurant le projet.

2.2.1 ***Le personnel médical et paramédical de l'UCSA***

Deux UCSA sont présentes, une pour chaque établissement. Au nouveau centre, l'UCSA est ouverte du lundi au vendredi de 7h à 19h, les samedis, dimanches et jours fériés de 8h30 à 11h30. Non équitablement, à l'ancien centre, l'UCSA est ouverte les après- midi du lundi au vendredi.

L'effectif médical comprend :

- *Médecins*

La présence d'un médecin responsable de l'UCSA et de trois médecins généralistes qui effectuent six demi –journées.

Un médecin addictologue rattaché au centre ELSA (Equipe Liaison Soins Addictologie) de Bergerac, qui reçoit en consultation les détenus ayant des problèmes de toxicomanie le jeudi une fois par mois. Un médecin psychiatre est présent également.

- *Infirmiers*

Sept postes ont été donnés pour les infirmiers comprenant deux infirmiers psychiatriques du Centre Hospitalier (CH) de Vauclaire et cinq infirmiers somatiques du centre Hospitalier de Bergerac.

- *Dermatologue :*

Un seul effectuant des consultations à l'UCSA une fois par mois, le mardi après-midi.

- *Aucun kinésithérapeute.*
- *Psychologues*

Trois psychologues (un du CH de Bergerac et deux du CH de Vauclaire)

- *Un cadre de santé* présent 2 demi-journées.
- *Une secrétaire médicale* présente au sein de l'UCSA, elle s'occupe des facturations et de transmettre les actes médicaux à la direction de l'hôpital de Bergerac.
- *Un pharmacien* non présent sur le site de l'UCSA. Il s'occupe des commandes au CHU de Bergerac. Il se rend à l'UCSA deux à trois fois par an. Les médicaments étant distribués par les infirmiers.

- *Chirurgien- Dentiste*
    - Ses vacations

Le dentiste assure une journée de présence tout le long de l'année le jeudi.

- Ses missions

Le chirurgien-dentiste, apporte son savoir-faire afin que la prise en charge soit la plus complète possible tout en préservant le secret professionnel. La dentiste peut initier une démarche thérapeutique, la perpétuer et de ce fait éduquer une population carcérale sur leur santé bucco-dentaire.

2.2.2 ***Le personnel pénitentiaire***

2.2.2.1 *Les CPIP : Conseillers Pénitentiaires d'Insertion et de Probation*

Le centre de détention de Mauzac comporte un effectif d'agents, se décomposant en une cent-cinquantaine de surveillants et une vingtaine de personnels administratifs.

Les interlocuteurs privilégiés du personnel de l'UCSA sont les CPIP. Au nombre de 5, ils sont sous la responsabilité du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP). Les CPIP participent à la prévention des effets désocialisants de l'emprisonnement sur les personnes détenues, aident à préparer leur réinsertion sociale et favorisent le maintien des liens sociaux et familiaux. Ils assurent le contrôle et le suivi des personnes placées sous -main de justice qui leur sont confiées par les autorités judiciaires.

Ils agissent en milieu ouvert ou en milieu fermé. En milieu fermé, les actions menées par les SPIP offrent aux condamnés la possibilité de préparer leur sortie et de retrouver une place dans la société. En milieu ouvert, les travailleurs sociaux des SPIP ont un rôle de contrôle, de conseil et d'orientation vers les organismes compétents.

Peu après l'incarcération, chaque détenu rencontre un CPIP afin d'établir un premier contact, de transmettre les informations sur le déroulement de leur séjour en prison et de faire une évaluation sur le niveau scolaire du détenu.

Par leur méthodologie d'intervention, les CPIP participent à l'incitation aux soins par le biais, d'entretiens individuels et de programmes collectifs. En liaison avec la direction de l'établissement et le personnel de l'UCSA, les CPIP sont chargés d'élaborer et de mettre en œuvre un programme annuel ou pluriannuel d'actions d'éducation pour la santé et d'actions de dépistage. Pour mener à bien ces actions, un comité de pilotage est mis en place et il participe à garantir les conditions de la continuité effective de soins à la sortie. Il a été indiqué que l'évolution de la politique des services d'insertion et de probation avait amené à une accentuation du travail de préparation à la sortie, avec une politique d'aide à l'élaboration de projet dès l'arrivée des personnes détenues.

2.2.2.2 *Le surveillant de l'UCSA*

Le rôle du surveillant est multiple, outre un rôle de surveillance générale pour maintenir une tranquillité de travail au sein de l'UCSA, il s'occupe des entrées et sorties des détenus, de la création du planning des rendez-vous chez le dentiste, de l'appel et l'accueil des patients ainsi que de récupérer les renseignements administratifs concernant les dates d'expiration pour la CMU-C afin de faire gagner du temps au personnel médical. Dans le cadre de l'étude il a notamment aidé à la distribution des questionnaires anonymes. Ils sont tenus au secret professionnel comme tout autre personnel de l'UCSA.

2.3 **Fiche n°3 : Analyse de la situation et caractérisation de la population concernée** (6)

L'analyse de la situation est une phase de diagnostic exploratrice qui permet de mieux définir les besoins de la population concernée, les ressources matérielles et humaines existantes ainsi que les freins à la mise en place du projet. Ce recueil d'information permet de mieux prendre en compte les attentes des détenus et favorise alors une implication rapide de leur part dans le projet.

2.3.1 ***Cadre de l'étude***

2.3.1.1 *Présentation des 2 centres*

Situé au cœur de la Dordogne, à 30km de Bergerac le centre comporte deux implantations, l'«Ancien centre » daté de 1939 d'une capacité théorique de 118 places et le « Nouveau Mauzac » construit en 1986 d'une capacité théorique de 252 places, situées de part et d'autre du canal de Lalinde. Un cadre qui dénote dans le paysage carcéral français car le centre est situé dans un domaine agricole de 90 hectares. Le centre est desservi par le TER qui passe par les gares de Lalinde et Mauzac.

La conception du « Nouveau Centre » repose sur une définition radicalement différente du concept de l'hébergement et de la cour de promenade. Dans la philosophie du projet, les architectes ont établis que la cour de promenade serait améliorée par une place servant de liaison entre les pavillons d'hébergement et tous les espaces d'activité. Cette cour est paysagée et exprime clairement sa fonction sociale primordiale : lieu de rencontre entre les détenus et le personnel. Celui-ci sert tout à la fois de cour de promenade et de lieu de passage. La zone d'habitation se réparti sur 21 pavillons. A l'entrée de chaque pavillon, est installé un petit jardin, entretenu par les détenus.

Tous les espaces compris entre les vingt-et-un pavillons constituent des lieux accessibles à tous et à tout moment de la journée, entre 7h00 et 19h15, à l'exception du créneau horaire réservé à la cantine de 12h00 à 13h00 ainsi que lors des contre-appels. Une cellule est adaptée aux personnes à mobilité réduite (6).

D'une manière comparable, l'île de Bastoy en Norvège, abrite une des premières prisons humanistes et écologiques au monde. La prison de Mauzac tend à cet objectif où réinsertion signifie réapprentissage de la vie.

2.3.1.2 *La vie au centre de détention*

Les détenus disposent d'une bibliothèque, d'un atelier peinture et d'une salle de musique, d'un accès à la salle de musculation ainsi qu'aux terrains de sport pour faire du rugby et football. Des activités en plein air sont organisés avec un professeur de sport telles que randonnée vélo et pédestre.

Un journal « Mauz-Mag » est rédigé mensuellement par une équipe de neufs détenus et l'enseignante de Mauzac. Ce journal permet de créer des liens de cohésion entre l'équipe pénitentiaire et les détenus. Des rubriques « Interviews de personnel », « Culture », « Actualités », « Activités au sein de la prison » y sont présentes.

Pour une réinsertion professionnelle, deux possibilités s'offrent aux condamnés, soit un travail en atelier de menuiserie pour assemblages, petits usinages et conditionnements, soit la possibilité d'une formation professionnelle dans la « Ferme-école » pour une cinquantaine d'entre eux leur permettant ainsi d'obtenir un Certificat d'Aptitude Professionnel d'Horticulteur. Les détenus peuvent choisir entre plusieurs domaines allant de la culture légumière et florale à l'entretien des espaces ruraux.

2.3.1.3 *L'UCSA du Nouveau Centre de Mauzac*

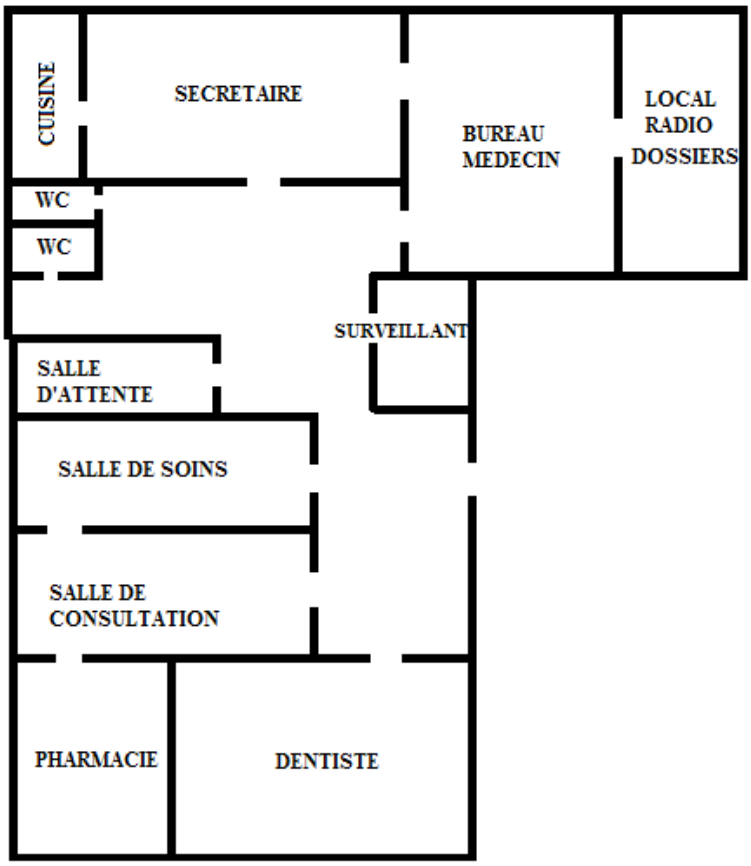


Figure 1 : Plan UCSA de MAUZAC

Les locaux du nouveau centre sont situés au rez-de-chaussée dans un patio. Ils comprennent :

- Une salle d'attente équipée avec une documentation préventive sur le diabète et des affiches concernant le VIH, l'hépatite C, les maladies psychiatriques sont apposées sur les murs.
- Une « cabine » pour le surveillant
- Un bureau médical occupé par plusieurs intervenants.
- Un secrétariat médical
- Une salle de soins
- Le bureau infirmier
- Un cabinet dentaire
- La pharmacie où sont rangés des classeurs récapitulatifs pour chaque patient et les ordonnances.

2.3.2 *Le cabinet dentaire et matériel*

2.3.2.1 *Le local*

Il n'existe qu'un seul cabinet dentaire, situé au nouveau centre. Les détenus de l'ancien centre y sont transférés pour les consultations, soit à pied accompagnés par un surveillant, soit en fourgon pénitentiaire. Le cabinet dentaire est de 18 m² dispose d'une fenêtre équipée de barreaux donnant sur une petite cour. L'éclairage artificiel est succin, un grand néon.

2.3.2.2 *L'équipement ou « Unit »*

Le cabinet est équipé d'un fauteuil dentaire « Siemens » changé récemment en 2014. Il dispose d'un système radiologique type RVG (radiovisiographie). Les clichés sont directement enregistrés dans le dossier patient. Les dossiers sont informatisés avec le logiciel TROPHY Carestream.

Les prestations relatives aux examens de radiologie panoramique nécessitent un transfert à l'extérieur de l'établissement pénitentiaire, ou les patients ont la possibilité de le faire durant leur permission de sortie, ce qui reste très rare.

Le guide de programmation pour les locaux des unités sanitaires de niveau 1 et de niveau 2 prévoit une salle d'imagerie numérisée avec un panoramique dentaire dans les établissements de 600 places. En deçà, l'appréciation de la nécessité d'un équipement d'imagerie numérisée est laissée à l'établissement de santé en fonction des caractéristiques de l'établissement pénitentiaire et du volume d'activité.

2.3.2.3 *Petit matériel et consommable*

Le cabinet dispose de consommables adaptés allant des produits d'empreintes, résines composites et adhésif, amalgame, flow, résine pour couronne provisoire, coton, set d'examen jetable, set de suture, produits de désinfection pour traitement endodontique. Cependant, la gestion des commandes est marquée par les lourdeurs administratives et la ligne budgétaires du centre hospitalier de rattachement de Bergerac surtout que celui-ci ne possède pas de

service d'odontologie ou de stomatologie. Par conséquent la dentiste doit prendre sur son temps personnel pour s'occuper des commandes annuelles.

Concernant le petit matériel, il est quasiment complet concernant les portes-empreintes, matériel d'extraction dentaire (sauf pour les dents de sagesse), sets d'examen et sets à spatuler, ainsi que les diverses fraises pour les soins courants.

2.3.2.4 *Instruments rotatifs*

Le cabinet dispose de deux turbines, deux contre- angles bagues rouges, deux bagues bleues et deux bagues vertes, deux pièces à main et un système à ultrason.

2.3.2.5 *La radioprotection*

Les règles de radioprotection du patient sont identiques à celles qui s'appliquent en population générale. Les praticiens ont l'obligation de formation individuelle. Le personnel bénéficie d'une surveillance par le biais de contrôles dosimétriques.

2.3.2.6 *Gestion du risque infectieux.*

Le domaine des soins dentaires justifie une attention particulière compte tenu du caractère invasif de la plupart des actes. Cette spécificité a notamment conduit la Direction Générale de Santé (DGS) à publier en 2006 un « Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie, dont il convient de respecter les préconisations (16).

Les mesures applicables à tous types d'exercices dentaires se voient encore renforcées dans une population carcérale où la prévalence des infections transmissibles (Hépatite C et VIH) et les pratiques à risque augmentent, entrainant l'application de mesures d'hygiène, d'asepsie et de stérilisation draconiennes, pour éviter des transmissions croisées de patient à patient par l'usage de matériel.

2.3.2.6.1 *Décontamination*

La pré-désinfection et le nettoyage des instruments sont réalisés dans l'UCSA de Mauzac. La décontamination de l'instrumentation se fait sur site par trempage immédiat après utilisation, pendant 20 min minimum. Les solutions sont changées et le bac rincé deux fois par jour. Les instruments sont ensuite envoyés vers le site de stérilisation, prélavés ou non.

La décontamination interne des rotatifs (turbines, contre- angles, pièce à main, système de rotation continue) se fait à l'aide d'un autoclave type « DAC UNIVERSAL » situé dans le cabinet pour permettre le nettoyage, lubrification et stérilisation de 6 instruments en même temps afin d'assurer une meilleure hygiène entre les patients.

2.3.2.6.2 *Stérilisation*

La stérilisation est effectuée dans la stérilisation centrale du Centre Hospitalier de Bergerac. L'instrumentation revient sous emballage portant une étiquette avec la date de validité de stérilisation. L'instrumentation est alors rangée dans les différents tiroirs.

Les recommandations en matière de stérilisation des instruments rotatifs sont difficiles à mettre en œuvre. La stérilisation des rotatifs à chaque usage nécessite l'obtention de matériel en quantité importante.

Cependant le risque infectieux imputable à ce défaut de stérilisation n'est pas négligeable puisque, selon une modélisation faite par l'Institut de veille sanitaire sur la base du très grand nombre d'actes dentaires réalisés, il pourrait être à l'origine d'environ 200 transmissions d'hépatites B chaque année dans les cabinets dentaires de France (13).

2.3.3 ***Analyse de la pratique dentaire en milieu carcéral***(17)

2.3.3.1 *Les demandes de rendez-vous : lettre de demande d'admission à la consultation*

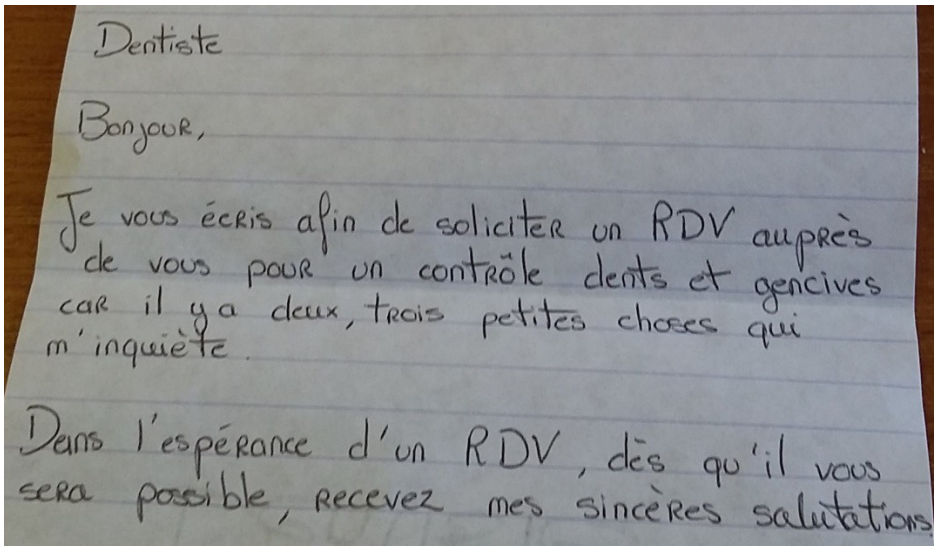
Pour accéder à une consultation, le détenu peut, soit se présenter directement aux heures d'ouverture de l'UCSA dans l'un ou l'autre centre, soit écrire et déposer un courrier dans la boîte aux lettres « Courrier Interne » du Nouveau Centre, ou dans celle destinée à l'infirmerie de l'Ancien Centre.

La lettre de demande d'admission à la consultation est effectuée par le détenu sur un papier non scellé, non cacheté et qui comporte le motif de la demande, le nom et le prénom du détenu ainsi que son numéro d'écrou. Grâce aux petits courriers écrits en cellule et remis à l'infirmerie, la demande est lue puis inscrite sur le « listing dentiste » par le chirugien-dentiste lui-même. Il n'y a pas de personne référente et le chirurgien-dentiste s'occupe donc de la prise de rendez-vous. Certains détenus ne savent pas écrire, et d'autres ne maitrisent pas la langue française, dans ce cas des papiers pré-remplis sont disponibles avec un système de case à cocher. En réponse aux demandes de rendez-vous des convocations sont envoyées aux détenus la veille de leur rendez-vous et par l'intermédiaire des surveillants d'étage.

Le second moyen pour accéder au rendez-vous est de rencontrer un médecin pour un problème dentaire urgent (un abcès, une cellulite) nécessitant la prise d'une antibiothérapie et une intervention dans les huit jours qui suivent. D'autre part, il est fréquent que le chef d'atelier ou le chef des cuisines prenne contact afin de faire passer un de leur travailleur en urgence pour qu'il puisse retourner sur son lieu de travail. Dans ce cas, le détenu est alors signalé au chirurgien-dentiste qui le rajoute à sa liste déjà établie.

La demande écrite est importante car elle correspond à une démarche volontaire de la part du patient dans une population très peu habituée à se faire suivre sur le plan sanitaire.

Voici quelques exemples de demandes de consultation émis par les détenus :

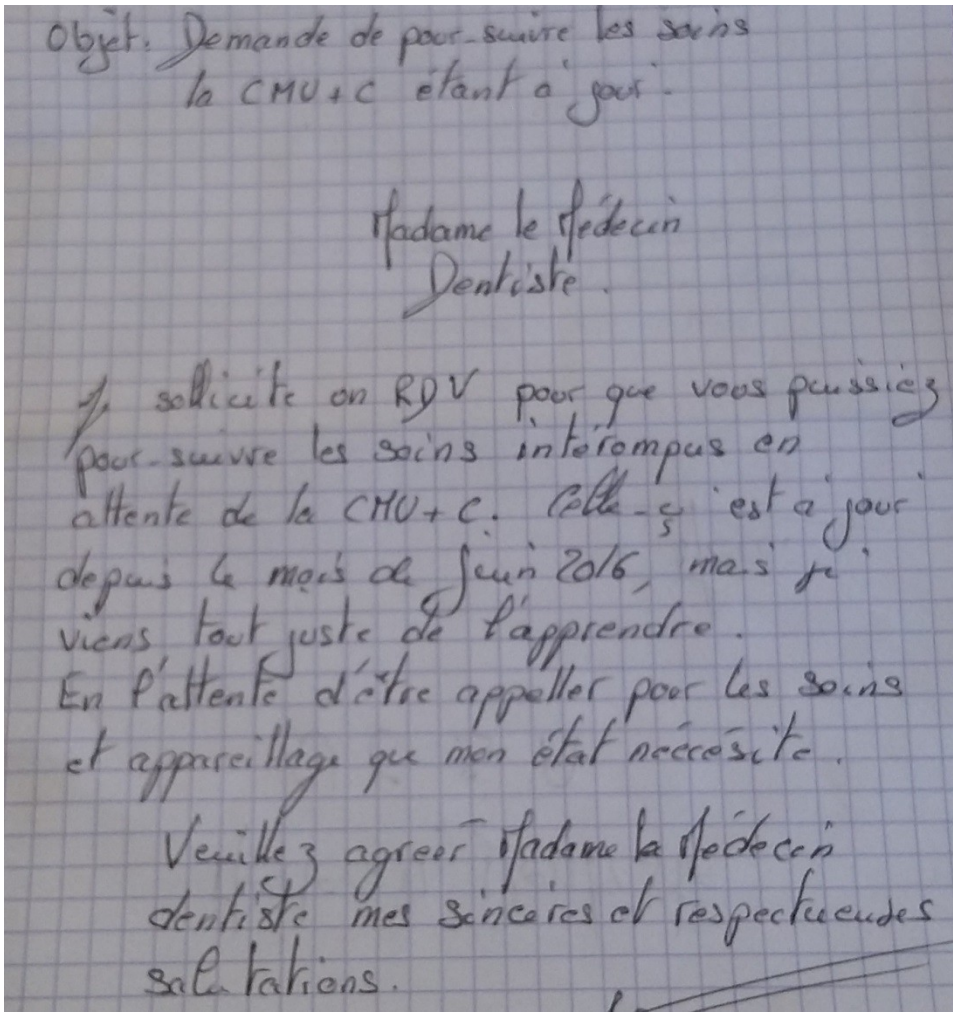


Dentiste

Bonjour,

Je vous écris afin de solicité un RDV auprès de vous pour un contrôle dents et gencives car il y a deux, trois petites choses qui m'inquiète.

Dans l'espérance d'un RDV, dès qu'il vous sera possible, Recevez mes sincères salutations



Objet. Demande de pour-suite les soins la CMU+C étant à jour.

Madame le Médecin
Dentiste.

Je sollicite un RDV pour que vous puissiez pour-suivre les soins interompus en attente de la CMU+C. Celle-ci est à jour depuis le mois de Juin 2016, mais je viens tout juste de l'apprendre.
En l'attente d'être appeller pour les soins et appareillage que mon état nécessite.

Veuillez agreer Madame la Médecin dentiste mes sincères et respectueuses salutations.

Figure 2 : Courriers de détenus pour obtenir un rendez-vous au service dentaire de Mauzac

2.3.3.2 *Le carnet des arrivants pour examen bucco-dentaire d'entrée*

Chaque semaine, le surveillant de l'UCSA inscrit les nouveaux détenus arrivant au centre de détention de Mauzac sur un carnet qui est transmis à la dentiste afin de prévoir un rendez-vous de première consultation dès que possible.

2.3.3.3 *Le délai d'attente moyen des rendez-vous et causes des retards*

En 2009, le délai pour être vu par le dentiste à l'UCSA de Mauzac était d'environ dix jours. (6). Au cours de l'étude Juillet/août 2016, les patients ont répondu pour 45% d'entre eux que le délai d'attente était supérieur à 1 mois. On pourrait donc considérer que le caractère d'égalité à l'accès aux soins n'est pas respecté pendant l'incarcération par rapport à l'extérieur. Or ceci est à nuancer, car certains cabinets de ville où la clientèle est très importante offrent les mêmes délais d'attente d'un mois ou plus pour les rendez-vous.

Plusieurs causes expliquent ces retards :

2.3.3.3.1 *L'absentéisme*

Fréquemment les détenus insistent pour obtenir un rendez-vous rapide. Malgré la modification du planning, ils ne se présentent pas à la date prévue.

L'absentéisme des patients est généralement attribué à:

- leur passé d'épisodes douloureux chez le dentiste ainsi beaucoup d'entre eux ne souhaitent plus poursuivre les soins. Ils sont souvent peu enclins à revenir pour une séance de soins actifs, si la prescription d'urgence faite par le médecin a permis le soulagement de la douleur initiale.
- des problèmes d'organisation lié notamment lorsque le patient est en déplacement obligatoire (rendez-vous au parloir, convocation au palais de justice, travail, formation) ou a été libéré ou transféré sans que l'UCSA en ait été informée.
  Les mouvements des patients de « l'ancien centre » vers l'UCSA du « nouveau centre » se font obligatoirement par l'intermédiaire du personnel pénitentiaire. La charge de travail du personnel pénitentiaire ne favorise pas toujours le respect des horaires prévus pour les consultations.
- leur activité sportive : séances de musculation, organisation d'un match de football…

Le taux d'absentéisme varie donc beaucoup en fonction des jours et des activités, c'est pourquoi le planning comprend généralement plus d'une vingtaine de patient à la journée. Généralement deux ou trois patients sont absents chaque jour. Il est donc possible d'inclure les urgences qui sont envoyées soit directement par les surveillants d'étages, soit signalées par les médecins ou les infirmières ou le praticien s'efforce de rentabiliser la gestion du temps en réalisant plusieurs soins chez un même patient si celui-ci le nécessite.

2.3.3.3.2 *La surpopulation*

La surpopulation importante dans de nombreux établissements pénitentiaires français entraine des dysfonctionnements du système de soin. Ceci entraine un déséquilibre entre les effectifs de praticiens (soit une dentiste à l'UCSA de Mauzac) et le nombre de patients en demande de soins dentaires (environ 350 détenus au centre de détention).

La surpopulation entraine des problèmes d'agressivité des patients augmentant le stress des praticiens. Elle ne favorise pas les conditions de sérénité nécessaires indispensable à la réalisation de soins dentaires de qualité(8).

2.3.3.3.3 *Effectifs en praticiens insuffisants*

L'unité dentaire de l'UCSA de Mauzac est prise en charge par un seul chirurgien-dentiste, or selon le guide méthodologique pour la prise en charge des détenus, afin de satisfaire les soins dentaires de 500 personnes cela nécessiterait l'équivalent de trois temps pleins de praticiens dentistes. Le cabinet dentaire reste fermé le week-end et les remplacements en période de vacances n'ont jamais été prévus. Il n'y a qu'en été 2015 et été 2016 qu'il y a eu un remplacement. On reste donc éloigné des ratios indicatifs.

2.3.3.3.4 *Contraintes liées à l'organisation de l'établissement pénitentiaire*

Le système d'appel immobilise les détenus et leur interdit tout déplacement le temps que le comptage soit fini. Habituellement un créneau horaire est réservé entre 12h et 13h seulement parfois l'horaire n'étant pas respecté, cela peut engendrer des retards au niveau des consultations à l'UCSA.

Le transfert des détenus de l'ancien centre au nouveau centre peut entraîner des retards car les patients doivent être accompagnés afin de pouvoir traverser la zone dit « libre » qui sépare les 2 prisons.

2.3.3.3.5 *Absence d'assistant dentaire*

En milieu carcéral, jusqu'en Janvier 2016, il n'était pas possible de travailler avec l'aide d'une assistante dentaire car cette profession n'était pas inscrite au Code de la Santé Publique, ainsi les assistants dentaire n'avaient pas le statut d'auxiliaires médicaux (18) .

Depuis cette réforme, l'hôpital de Bergerac n'a pas encore crée un poste d'assistant à l'UCSA de Mauzac. Par conséquent, la préparation et archivages des dossiers, la cotation des actes et impression des feuilles de soins, la remise de rendez-vous, les charges administratives sont assurées par la dentiste. De même, pour les opérations de décontaminations et les étapes préalables à la stérilisation qui devraient théoriquement être réalisées par l'une des infirmières. Cependant, leur charge de travail est telle qu'elles ne peuvent pas assurer ce travail de manière régulière. (8)

Ceci empêche le praticien d'effectuer ce pourquoi elle a été formée spécifiquement c'est-à-dire la chirurgie dentaire.

Cette carence en assistante dentaire entraîne automatiquement un retard dans le travail destiné aux soins bucco-dentaire des détenus.

2.3.3.3.6 *Manque de matériel suite à une stérilisation réduite à 1fois/semaine*

L'envoi du matériel à stériliser, au Centre Hospitalier de Bergerac, se fait une fois par semaine, le vendredi, et la récupération des instruments se fait le mardi de la semaine suivante. Ceci limite ainsi la possibilité de pouvoir venir travailler plusieurs jours d'affilés car entraînant inévitablement un manque de matériel adapté.

De même, une panne de fauteuil ou du système de stérilisation pour les rotatifs « DAC UNIVERSAL » peut entraîner des retards dans les consultations. Le temps de dépannage est plus long que pour un cabinet en ville car nécessitant une autorisation d'intervention des 2 administrations hospitalière et pénitentiaire.

2.3.3.3.7 *Problème de dossier CMU-C*

La prise en charge prothétique est prise en charge entièrement par l'administration pénitentiaire à condition que le patient ait mis à jour son dossier de CMU-C qui doit être renouvelée chaque année. Or de nombreux patients, par manque d'information et d'accès à leur dossier, ne pouvant ainsi pas vérifier leur date de péremption, ne s'occupent pas de faire la régularisation de la complémentaire santé entraînant inévitablement un retard dans la réalisation des prothèses du patient. Par ailleurs, beaucoup pensent que ce n'est pas à eux de faire les démarches : « je n'ai pas demandé à aller en prison, c'est à l'administration de faire le nécessaire ».

2.3.3.3.8 *Problème humain*

La prise en charge dentaire et la communication soignant /équipe soignante peuvent être biaisées par un comportement agressif du détenu vis avis du personnel pénitentiaire. En effet, une personne entretenant des rapports de force ou étant insultante à l'encontre du personnel pénitentiaire ou du personnel médical pourra voir son accès à l'unité de soins retardée. Le personnel pénitentiaire doit avant tout assurer une mission de sécurité devant la promiscuité entre patients et soignants.

L'exemple vécu est celui d'un patient étant mis en cellule d'isolement pour cause de comportement dangereux face à ses codétenus. Deux solutions s'offraient : soit une évacuation des autres patients de l'UCSA pour établir les soins dentaires de ce détenu, soit un report des soins d'une semaine à la sortie de la cellule d'isolement. Cependant, en cas d'urgence, le détenu est dirigé aussitôt vers le service médical.

2.3.3.4 *Les hospitalisations externes à l'UHSI*

Le recours aux consultations externes de stomatologie au CHU de Bordeaux, pour des soins non réalisables sur site, ou nécessitant un bloc opératoire, est possible. L'hospitalisation

est en fonction de l'urgence du dossier médical et de leur disponibilité. Le service stomatologie avertit l'UCSA de la date d'hospitalisation par voie de fax via le greffe.

Les UHSI sont des structures hospitalières qui prennent en charge l'ensemble des hospitalisations des personnes détenues majeures et mineures, hors hospitalisations urgentes ou de courte durée, mais réclamant la proximité d'un plateau technique très spécialisé. Huit UHSI sont réparties sur le territoire. Elles sont sécurisées par l'administration pénitentiaire présente au sein de l'unité de soins(10).

Une hospitalisation en UHSI ne requiert pas forcément une hospitalisation préalable dans une chambre sécurisée du CHR. Elles sont situées dans des centres hospitaliers universitaires et bénéficient de leur plateau technique. Les patients sont donc amenés, selon les examens complémentaires demandés, à consulter voire être hospitalisés dans d'autres services de soins ou médico-techniques. Ils sont alors accompagnés d'une escorte pénitentiaire. Un renfort de l'escorte pénitentiaire par les forces de sécurité intérieure est demandé lorsqu'il existe un risque d'atteinte très grave à l'ordre public. Lorsqu'un patient nécessite une consultation de spécialiste sans recours à un plateau technique particulier, les patients viennent en consultation au sein du CHU. La planification de ces rendez-vous s'organise de manière concertée entre le médecin et le responsable pénitentiaire de l'UHSI.

La sécurité au sein des unités est assurée par les personnels pénitentiaires qui gèrent notamment l'ouverture des portes des chambres des patients détenus ainsi que l'organisation des parloirs familles, visiteurs ou avocats.

Au cours de l'année 2016, deux patients ont été envoyés à Bordeaux pour des soins au service stomatologie.

Les hospitalisations sont parfois difficiles à mettre en œuvre à partir de la prison en raison du manque de personnel disponible, à la fois personnel de surveillance de l'administration pénitentiaire, mais également personnel de police pour l'accompagnement du patient entraînant alors une annulation de l'hospitalisation externe. Or nous avons besoin d'hospitaliser certaines personnes pour réaliser des extractions multiples sous anesthésie générale ou en cas de traumatisme de la face ou des maxillaires, nécessitant la pose d'une contention ou d'une réduction, et enfin dans les cas où une radiographie panoramique dentaire est nécessaire. Cette radiographie, qui n'est pas réalisable au sein même de la prison, peut être demandée en cas de problème infectieux grave altérant l'état général.

Il est parfois demandé au service médical de gérer les priorités et dans ce cas les urgences vitales vont prendre le pas sur les consultations programmées. Il n'est pas rare que les consultations vers le service de stomatologie soient annulées de façon récurrente pour un même patient au profit de consultations considérées comme plus urgentes.

Une réunion annuelle entre les UCSA de la direction interrégionale pénitentiaire et l'UHSI de Bordeaux a généralement lieu une fois par an pour « améliorer les circuits de fonctionnement ».

2.3.3.5 *Type de soins prodigués*

2.3.3.5.1 *Soins d'urgence*

L'urgence est l'une des principales causes de demande de consultation dans la population carcérale car celle-ci présente, selon toutes les études disponibles, un état de santé bucco-dentaire dégradé.

En effet concernant les toxicomanes, tant qu'ils consomment des stupéfiants, les douleurs dentaires sont masquées par l'action de ces produits, mais lors du sevrage, à l'incarcération, les douleurs dentaires se réveillent et nécessitent des soins en urgence.

En cas d'urgences dentaires en dehors des heures de consultation des dentistes, un protocole a été mis en place. Le médecin généraliste, en fonction du cas, délivre une ordonnance établie au préalable par le dentiste.

En cas de douleur dentaire au chaud/froid : Ketoprofène 100 : 3 à 4/jour ou Profenid 100 : 2 à 3/jour.

En cas de cellulite, la prescription délivrée est : Clamoxyl 1g : 1 matin/1 soir pendant 8 jours.

En cas de grosse tuméfaction : Clamoxyl +Solupred : 4 en une seule prise le matin pendant 4jours.

2.3.3.5.2 *Chirurgie*

Le domaine de la chirurgie est la discipline la plus courante, elle prend en charge principalement les extractions simples ou multiples. En ce qui concerne les dents de sagesse, le chirurgien-dentiste ne pouvant réaliser de radiographie panoramique, les patients sont transférés au centre de stomatologie du CHU de Bordeaux en cas de difficulté chirurgicale.

2.3.3.5.3 *Soins conservateurs et endodontie*

Ce sont des disciplines qui occupent une place très importante dans les soins prodigués aux détenus. De nombreuses caries du collet sont présentes chez les toxicomanes.

La radiographie RVG permet la réalisation dans de bonnes conditions des traitements endodontiques. Or le cabinet manque d'un système mécanique de nettoyage des canaux, obligeant le dentiste soit à prendre son matériel personnel soit à faire le nettoyage manuellement.

2.3.3.5.4 *Parodontologie*

Principalement des détartrages sont réalisés et des conseils d'hygiène bucco-dentaire donnés. L'absence de matériel pour faire des surfaçages radiculaires empêche de réaliser des protocoles plus aboutis.

2.3.3.5.5 *Prothèses*

L'objectif principal de suivi et de réhabilitation de la fonction buccale sera plutôt bien assuré au centre de détention de Mauzac car on connaît le temps de détention des condamnés, en général plusieurs années. Ainsi cela permet la réparation et la réalisation de prothèses adjointes et conjointes. La chirurgienne dentiste s'occupe personnellement des commandes, du transport et de la réception des prothèses au près du laboratoire qui se situe à Bergerac.

La possibilité pour les détenus de bénéficier de la CMU-C a considérablement amélioré l'accès des personnes détenues aux traitements prothétiques.

2.3.3.5.6 *Implantologie et orthodontie*

Ces pratiques sont inexistantes à l'UCSA de Mauzac. Le cabinet n'est pas équipé malgré le fait qu'une maintenance implantaire peut s'avérer nécessaire dans certains cas. Seul un patient a été recensé sur le port d'implant dont le traitement n'a pas été fini avant son incarcération.

2.3.4 ***La prise en charge pharmaceutique: le circuit du médicament***

En milieu carcéral, une vigilance renforcée est nécessaire afin de réduire les risques d'utilisation erronée ou détournée de médicaments. Les établissements de santé en centre de détention disposent d'un système de management visant à assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient. Ce système de management s'inscrit dans une politique d'amélioration continue notamment sur la gestion des risques associés aux soins.

La prescription est assurée par un professionnel habilité, c'est-à-dire par tous les intervenants médicaux pratiquant au sein de l'UCSA de Mauzac tels que médecins généralistes, spécialistes, psychiatres et chirurgiens-dentistes. (19)

Le circuit du médicament est composé d'une série d'étapes qui sont la prescription (acte médical), la dispensation (acte pharmaceutique) et l'administration du médicament (acte infirmier).

2.3.4.1 *La prescription*

Les prescriptions faites aux patients détenus obéissent aux règles de prescription usuelles et prescrite par le Ministère de la Santé. (10)

Les prescriptions sont réalisées conformément à une liste des médicaments et dispositifs médicaux stériles qui ont été établi par les professionnels concernés. Les ordonnances effectuées pendant la détention sont des éléments du dossier du patient et soumises aux règles de confidentialité, elles font donc l'objet d'un archivage. Par ailleurs, le médecin remet à la personne détenue un double de sa prescription, l'original étant stocké dans le dossier médical.

2.3.4.2 *La dispensation*

La plupart des médicaments sont distribués chaque semaine :

- à l'ancien centre : le mercredi de 16h à 18h30.

- au nouveau centre : le lundi de 8h30 à 12h et de 14h à 17h.

Aucun traitement ne doit être laissé dans une cellule en l'absence du patient destinataire.

Cependant huit traitements sont distribués journellement, y compris les samedis, dimanches et jours fériés ; La méthadone, traitement de substitution, concerne deux détenus à l'ancien centre et six au nouveau centre.

La dispensation est réalisée conformément à l'article R. 4235-48 du Code de la santé publique selon les principes suivants :

« Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :

1° l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ;

2° la préparation éventuelle des doses à administrer ;

3° la mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament.

Il doit, par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient. »

2.3.4.3 *L'administration*

L'administration des médicaments est effectuée par le personnel autorisé à administrer des médicaments. Ainsi, elle peut être réalisée par le personnel infirmier conformément à l'article R. 4311-7 du Code de la santé publique (CSP) ou par certains prescripteurs (article L. 4161-1 du CSP). L'administration des médicaments nécessite la vérification :

- de l'identité du patient et des médicaments à administrer, au regard de la prescription médicale ;

- de la date de péremption des médicaments et leur aspect ;

- du mode d'administration.

Les médicaments doivent rester identifiables jusqu'au moment de leur administration.

L'administration pénitentiaire doit également veiller à ce que tous les changements de cellules soient portés à la connaissance du personnel sanitaire organisant la dispensation et l'administration des médicaments.

2.3.4.4 *Les médicaments non prescriptibles*

Les bains de bouche alcoolisés sont interdits à la prescription car la consommation d'alcool est interdite en prison et il y a un risque de la part des détenus de l'utiliser de manière substitutive. Les détenus non également pas accès au fil dentaire. Les médicaments dits «effervescents » sont également interdits de prescription suite au risque de dérive de fermentation avec les fruits. De plus, le mélange « eau oxygénée/ bicarbonate » que nous utilisons en exercice libéral ne peut être prescrit.

2.3.4.5 *Les médicaments psychotropes et TSO prescrit à l'UCSA*

- **TSO :** Traitement de substitution des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique.
    - METHADONE : Chlorhydrate de méthadone. Sous la forme de sirop sucré.
    - SUBUTEX : Buprénorphine. Sous la forme de comprimé. Usage pouvant être détournée ! Généralement donné après une cure de Méthadone.
    - SUBOXONE : Buprénorphine/Naloxone. La naloxone est un composant destiné à empêcher le mauvais usage du produit par voie intraveineuse.
- **Médicaments psychotropes :**
    - SERESTA : Benzodiazépines/Oxazepam. Traitement symptomatique des manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes. Prévention et traitement du delirium tremens et des autres manifestations du sevrage alcoolique.
    - ZOLPIDEM : Benzodiazépines. Somnifère puissant, prescrit uniquement en cas d'insomnies sévères transitoire.
    - STILLNOX: Benzodiazépines. Prescrit en cas d'insomnies occasionnelles.

2.3.5 ***La prise en charge du détenu : le statut de sécurité social***

A l'entrée de la détention, la personne est placée « sous écrou » en raison d'une mesure judiciaire. On lui remet donc un numéro d'écrou. Ce numéro est un numéro d'identité pour l'administration. Ce numéro change lors des retours de permission et d'hospitalisation. La comptabilité à leur entrée dans l'établissement fait une demande de transfert d'ouverture des droits à la sécurité sociale.

La personne écrouée reçoit un dossier qu'il devra compléter pour obtenir la CMU-C ou l'ACS. La sécurité sociale prend en charge entièrement les dépenses de santé à partir de l'entrée en prison pour le détenu ainsi que pour chaque membre de son foyer (conjoint, concubin, enfants ou toutes autres personnes à sa charge) durant tout le temps d'incarcération et un an après sa libération.

2.3.6 ***L'accès aux produits d'hygiène pour les patients***

2.3.6.1 *A l'entrée de l'incarcération*

Un agent donne le paquetage aux arrivants et veille au renouvellement des articles d'hygiène. Un bon gratuit intitulé « Produits d'hygiène corporelle et de nettoyage de la cellule » est remis à chaque détenu. Il doit être déposé avant le premier de chaque mois dans la boîte prévue à cet effet ; il en existe une à l'ancien centre comme au nouveau centre. La distribution

est effectuée le deuxième mardi du mois. Le shampooing, en flacon d'un litre, et les brosses à dents ne sont pour leur part renouvelés que tous les deux mois.

2.3.6.2 *Système de « cantinage »*

Les produits à visée d'hygiène bucco-dentaire (brossettes inter gingivales, fils dentaires, colles pour prothèses amovibles, produits de nettoyage des prothèses, brosses à dents spécifiques, dentifrices spécifiques etc.) relèvent de la parapharmacie et ne sont pas accessibles par le biais de l'établissement de santé. Ils sont accessibles, aux frais du patient par le système dit « de cantinage ». Ceci permet l'achat de produits alimentaires, boissons non alcoolisés, tabac, nécessaire de correspondance et produits d'hygiènes. Le praticien peut être amené à confirmer la nécessité d'achat de ce type de produits, s'ils ne figurent pas dans la liste initiale.

La gestion de la cantine est assurée par un surveillant, aidé par deux détenus classés comme auxiliaires au nouveau centre, et par un détenu à l'ancien centre.

Tous les produits sont stockés dans le magasin du nouveau centre, où les cantines sont préparées. Les détenus remplissent des bons de cantines à partir d'une liste préétablie et autorisée et les déposent dans les boîtes prévues à cet effet. Les bons sont ramassés le lundi matin pour une distribution des marchandises la semaine suivante. Concernant le para-pharmaceutique, le délai est d'environ 1 mois.

Lorsque le patient n'a pas la possibilité financière de recourir à ces achats personnellement, une commission pénitentiaire dite « d'indigents » est étudiée une fois par mois et se prononce sur la décision d'achat aux frais de l'administration pénitentiaire, au vu de la nécessité d'obtention de ces produits. Cette commission déterminera les détenus qui percevront un secours de 20 euros tous les deux mois, la télévision gratuite et un « kit indigent entretien »(6).

2.3.7 ***Population de l'étude***

2.3.7.1 *Etude quantitative*

La capacité opérationnelle du centre de détention est de 360 places. Il y avait, au 9 août 2010, selon le tableau des effectifs édité par la direction interrégionale des services pénitentiaires de Bordeaux, 312 personnes écrouées hébergées. Le taux d'occupation était, à cette date, de 86 %. Aucun détenu n'est inscrit au fichier des Détenus Particulièrement Signalés (DPS). A ce jour, la population était approximativement de 350 selon le directeur de l'établissement pénitentiaire.

2.3.7.2 *Etude qualitative : profil sociodémographique*

2.3.7.2.1 *Moyenne d'âge*

La moyenne d'âge de la population carcérale est de 49 ans avec un minimum de 24 ans et maximum de 82 ans.

2.3.7.2.2 *Origine géographique*

La population carcérale de la prison de Mauzac provient principalement de la région Aquitaine beaucoup d'entre eux proviennent d'autres régions de France dans le but d'une réinsertion professionnelle car le centre de détention de Mauzac à la particularité de proposer plusieurs formations professionnelles notamment en permaculture.

2.3.7.2.3 *Etat de santé générale*

Du fait de la population âgée, d'une mauvaise alimentation, et de la privation de liberté, le personnel de l'UCSA de Mauzac fait face à des patients présentant des polypathologies car nombreux sont atteints de pathologies cardiaques associées à du diabète et à des problèmes psychologiques.

2.3.7.2.4 *Durée d'incarcération*

Le centre de détention accueille surtout des détenus qui sont, en majorité, des auteurs d'infractions sexuelles condamnés (AICS). La part des personnes condamnées pour des atteintes sexuelles représente autour des deux tiers (64.7 % en 2009, 67,4% en 2008), dont plus de la moitié sont constituées d'atteintes sexuelles sur mineurs (55,5 % en 2008, 51,6 % en 2009).

Selon le quantum de la peine, plus des deux tiers des détenus, en 2008 et 2009, étaient condamnés à des peines criminelles supérieures ou égales à dix ans, dont 8,2 % à des peines supérieures à vingt ans et deux réclusions criminelles à perpétuité. 73 détenus ont une date de libération au-delà de cinq ans, dont sept, au-delà de dix ans (6).

2.3.8 ***Les facteurs pré disposants à la carie et parodontopathie***

La santé bucco-dentaire des détenus est le plus souvent précaire. En effet, selon les nombreuses études disponibles, la population carcérale présente un état de santé bucco-dentaire plus dégradé que celui de la population générale et nécessite une prise en charge accrue en soins dentaires. Les détenus sont plus fortement exposés aux facteurs de risques tels que les addictions et leur manque d'accès aux soins ainsi que leur renonciation aux soins entraîne plus fréquemment des pathologies bucco-dentaires.

Les atteintes carieuses multiples au stade avancé correspondent aux pathologies les plus fréquentes au niveau bucco-dentaire. De plus l'état de santé bucco-dentaire est généralement aggravé lors du séjour carcéral car les facteurs de risques sont augmentés. Ces derniers sont décrits ci-dessous :

2.3.8.1 *Boulimie face aux sucreries et « grignotages »*

Malgré le fait que des repas équilibrés élaborés par des diététiciens soient servis midi et soir dans l'établissement pénitentiaire, et que des menus avec régime (ex : diabétique, sans sauce, sans graisse, végétarien..) soient préparés selon une liste nominative, les détenus ont tendance à se nourrir de sucreries qu'ils achètent par le biais de la cantine. Les confiseries apportent aux détenus de la douceur et du bien-être afin de compenser d'une certaine manière

la solitude et l'ennui. Les prisonniers ont également à leur disposition une cuisine avec un équipement complet leur permettant de cuisiner selon leur envie.

Outre un brossage insuffisant, le grignotage et donc la prise répétitive de sucre sont 2 facteurs aggravants sur la santé bucco-dentaire.

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

2.3.8.2 *Traitement de substitution aux opiacés : la Méthadone*

Le chlorhydrate de méthadone constitue le traitement principal de substitution aux opiacés. C'est un agoniste morphinique qui a la particularité d'avoir une forte teneur en saccharose. Elle se présente sous la forme d'un sirop sucré et visqueux. La présence de sucre en quantité importante participe alors au développement des lésions carieuses cervicales.

2.3.8.3 *Carie de Lowenthal (suite à la consommation d'héroïne)*

Chez le toxicomane, la consommation de produits stupéfiants augmente significativement la prévalence carieuse. La principale caractéristique bucco-dentaire chez l'héroïnomane est une atteinte carieuse au niveau du collet de la dent, telle que l'a décrite Lowenthal en 1967. L'héroïne entraîne une nécrose pulpaire et une lésion carieuse qui se développe en juxta gingivale vestibulaire et linguale. Elle se présente sous une couleur foncée voire presque noire et de texture dure à la sonde. La carie, initialement peu profonde, va s'étendre rapidement autour de la dent entrainant un risque de fracture.

2.3.8.4 *Absence d'hygiène et parodontopathies*

L'hygiène négligée et le manque de motivation se manifestent principalement par des parodontopathies. Les gingivites tartriques sont à l'origine d'une demande importante de détartrages.

Ainsi les lacunes dans le domaine de l'hygiène buccodentaire, alimentaire et la prise de psychotropes vont accroitre les pathologies préexistantes ; d'où l'importance des bilans de dépistage précoces dès l'entrée dans l'établissement où le dentiste prodigue les conseils indispensables pour une hygiène adaptée.

2.3.8.5 *Médicaments psychotrope et Hyposialie*

Diverses substances entraînent une altération de la production de salive pouvant entraîner des hyposialies voir xérostomie. La prise de traitements psychotropes peut induire en effet secondaire un débit salivaire altéré. La consommation de cannabis associée à une hygiène buccodentaire inadéquate agit également sur la production salivaire, en terme de quantité insuffisante et en terme de qualité. Le pH devient plus acide et le rôle tampon de la salive devient inexistant empêchant alors un équilibre de la flore buccale.

Le manque de salive peut se traduire par l'apparition de mycoses telles que candidoses buccales notamment chez le fumeur de cannabis suite à l'immunodépression induites par le THC. Principalement des lésions carieuses et altérations parodontales apparaissent suite à l'absence du pouvoir protecteur. Ces modifications salivaires entraînent le plus souvent une halitose ainsi que inconfort et douleurs chez les porteurs de prothèses amovibles. Des répercussions fonctionnelles se font ressentir chez les hyposialiques telles que difficulté à la mastication, déglutition et phonation. (2)

2.3.8.6 *Toxicomanie*

- *TABAC :*

Sur le site de Mauzac, près de 67% des patients se déclarent fumeurs ; 16% entre 1 à 5 cigarettes, 35% fument entre 6 à 20 cigarettes par jour et près de 11% fument plus de 20 cigarettes par jour. Chez les moins de 30 ans la proportion de fumeur atteint les 70%.

Singulièrement, pour les personnes en grande précarité, la cigarette meuble le temps et apaise les angoisses. Or le tabagisme est significativement associé à la parodontite (définie par une perte d'attache gingivale). Le risque relatif de parodontite chez un fumeur augmente avec la consommation de cigarettes et la durée du tabagisme comparé au non-fumeur.(20) Chez les patients fumeurs, la consommation de cigarettes a augmenté pour la moitié d'entre eux au cours de leur séjour carcérale (34% ont dit avoir eu une consommation augmentée de cigarettes sur les 67% de fumeurs)

- *ALCOOL*

Les cancers buccaux, dont la fréquence est souvent corrélée à la consommation excessive d'alcool et de tabac, constituent également un problème de santé bucco-dentaire. Bien que les patients ne puissent plus consommer d'alcool au sein même de la prison, leur consommation en substances psychoactives avant leur incarcération était généralement plus élevée que dans l'ensemble de la population suite à leur précarité.

2.3.8.7 *Maladie virale*

- *SIDA :* Les patients de sexe masculin étudiés, infectés par le VIH ont significativement plus de gingivites, des pertes d'attache et de profondeurs de poches plus importantes que les hommes non infectés. (20)

2.3.8.8 *La violence carcérale et ses dégâts buccodentaires*

La violence en prison est généralement fréquente, agressions entre détenus et envers le personnel, résistances opposées lors de l'interpellation. Il s'en découle des pathologies traumatiques telles que fractures ou luxations des dents et maxillaires. Le sport peut également être responsable de lésions traumatiques.

2.3.8.9 *Les effets du stress : bruxisme et onychophagie*

Le bruxisme se caractérise par un grincement ou serrement intempestif des dents entraînant des abrasions occlusions. Le bruxisme intervient dans l'apparition ou l'aggravation des dysfonctions des articulations temporo-mandibulaire et de contractures musculaires douloureuses.

L'onychophagie est le phénomène de se ronger les ongles des mains provoquant une usure dite alvéolyse verticale dentaire.

Les étiologies du bruxisme et de l'onychophagie restent principalement associées à l'anxiété des détenus. Le bruxisme peut être lié à la toxicomanie.

Une fois incarcéré, le détenu est stressé par le choc de la détention. Sa préoccupation principale est son installation : aura-t-il la télévision, des cigarettes, son traitement pour dormir ou ses médicaments de substitution ? Il n'a pas l'esprit à la recherche de soins dentaires et fait place à un « laisser-aller ». Daniel GONIN dans « La santé incarcéré » écrit : « La bouche est le lieu de tous les maux, et les aphtes, les plaques de leucoplasies inexpliquées, les gingivites œdémateuses et atrophiques, les glossites à répétition, les ulcérations du palais, en témoignent les chirurgiens-dentistes. Le détenu préfère se faire arracher les dents, et remplacer l'organe par une prothèse réputée neutre et indolore. Le dentiste, impuissant, finit souvent par accepter (21)».

2.3.9 ***L'état dentaire***

Afin d'évaluer l'état bucco-dentaire, 58 dossiers médicaux ont été récupérés dont les consultations étaient récentes et 68 examens ont été réalisés durant la période Juillet/Août 2016. (ANNEXE 2)

2.3.9.1 *L'indice CAO*

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

$$Indice\,CAO = \frac{C\,total + A\,total + O\,total\,(de\ personnes\ examinées)}{¿\,nombre\ de\ personnes\ examinées}$$

Le chiffre obtenu nous permettra alors de mesurer le niveau d'atteinte carieuse d'une population donnée. Concernant la population carcérale étudiée, l'indice CAO était de : 16,8. (Etude faite sur 125 personnes)

2.3.9.2 *Délabrement visible des dents antérieures*

Près de 65% de la population étudiée présentait un délabrement visible des dents antérieures (incisives et canines) c'est-à-dire dents cariées, absentes ou obturées, de nature à dégrader leur apparence et retentir sur leur vie sociale.

2.3.9.3 *Indice d'hygiène réversible*

L'indice de plaque de Silness et Löe. Cet indice mesure la plaque au voisinage de la gencive marginale. L'examen se fait à la sonde, sans colorer la plaque. Les scores vont de 0 à 3 :

- 0 : pas de plaque
- 1 : présence de plaque non visible à l'œil nu mais ramassée en passant la sonde le long du sillon gingival sur la dent et au niveau de la gencive marginale
- 2 : présence de plaque visible à l'œil nu
- 3 : présence de plaque abondante visible à l'œil nu dans le sillon gingival au niveau de la dent et de la gencive marginale.

Dans la population carcérale étudiée: 35% ne présente pas de plaque dentaire ; 35% présente une plaque de niveau 1 ; 25 % présente une plaque visible à l'œil nu ; 5% présente une plaque abondante.

L'indice de tartre de Marthaler. On examine le versant lingual des incisives inférieures (32, 31 et 41, 42)

- 0 : pas de tartre
- 1 : liseré de tartre d'une hauteur inférieure à 1 mm
- 2 : liseré de tartre d'une hauteur supérieure à 1 mm
- 3 : tartre très abondant

Dans la population étudiée: 26% ne présente pas de tartre ; 34% un tartre d'une hauteur inférieure à 1 mm ; 31% présente un liseré de tartre d'une hauteur supérieur à 1 mm ; et 9 % présente un tartre très abondant.

Au total, 14% de la population étudiée présente une gingivite.

2.3.9.4 *Le coefficient masticateur*

Le coefficient masticateur est une estimation numérique de la valeur fonctionnelle de la denture. Il se calcule en attribuant aux dents un coefficient sur la base d'une valeur nominale avec :

- Incisives centrales supérieures : 2
- Incisives centrales inférieures et Incisives latérales (supérieures ou inférieures) : 1
- Canines : 4
- Prémolaires : 3
- Molaires : 5
- Dents de sagesse supérieures : 2
- Dents de sagesse inférieures : 3

Avant la promulgation de la loi de 1994, les prestations accordées aux bénéficiaires de l'aide médicale étaient fixée par le Ministère de la Justice. Ces conditions déterminaient les soins dentaires autorisés et notamment le coefficient masticatoire au-dessous duquel étaient délivrées les prothèses : inférieur ou égal à 30%.

Le coefficient masticateur est d'une moyenne de 69, 5. (Etude faite sur 125 patients)

2.3.10 *Les besoins en soin*

Tableau 1 :

	Nombre (sur 68 patients)	Ancien centre (sur 24 patients)	Nouveau centre (sur 43 patients)
Patients nécessitant soins conservateurs	42 soit 60%	8 soit 33%	34 soit 79%
Patients nécessitant un détartrage	47 soit 67%	15 soit 60%	32 soit 74%
Patients nécessitant d'extraire des dents	12 soit 17%	2 soit 8%	10 soit 23%
Patients nécessitant une prothèse amovible	31 soit 44%	10 soit 41%	21 soit 48%
Patients nécessitant tous les types de soins	6 soit 8%	0	6 soit 13%

Au centre de détention de Mauzac, 92% des détenus ayant participé à l'étude ont besoin d'au moins une intervention, que ce soit au niveau dentaire (soins conservateurs, avulsions, traitement prothétique) ou parodontal, chez le chirurgien-dentiste.

Près de 8% des détenus consultés nécessitent une prise en charge lourde faisant appel à tous les types de soins (extraction + soins conservateurs + soins parodontales + soins prothétiques).

Par comparaison, les patients du nouveau centre nécessitent plus de soins que les patients de l'ancien centre. Les détenus arrivants passent d'abord quelques années dans le nouveau centre. Ces arrivants proviennent principalement de maison d'arrêt où il est plus complexe de faire les soins prothétiques complets.

A la différence, les détenus de l'ancien centre sont présents à la prison depuis plus longtemps et ont donc un suivi plus régulier.

Tableau 2 :

La proportion d'entrants (25 sur 68 patients) dont l'état bucco-dentaire est jugée :

Bon (pas de caries, pas de tartre ou léger)	Nécessitant des soins à programmer (caries et/ou tartre)	Nécessitant des soins en urgence (présentant douleur ; extractions et/ou prothèse urgente)
6 soit 24%	11 soit 44%	8 soit 32 %

2.4. Fiche n°4 : Participation des personnes détenues

La stratégie de promotion de la santé sollicite l'avis, les compétences et questionnements des personnes appartenant à la population carcérale. La mise en place du groupe d'étude parmi les personnes détenues constitue une étape du projet. Plusieurs techniques existent pour concrétiser la participation des personnes, ici le choix s'est porté sur une enquête participative sous forme écrite.

2.4.1. *Questionnaires*

Un état des lieux sur la question de la santé bucco-dentaire a été réalisé en juillet et août 2016 sur la base d'un questionnaire destiné à l'ensemble des hommes détenus afin d'établir les freins à une bonne hygiène bucco-dentaire (ANNEXE 1) et d'un examen bucco-dentaire (ANNEXE 2). L'analyse du questionnaire anonyme a permis de dégager les attentes des détenus, de mieux connaître la démarche des soins et de construire le projet de prévention.

La recherche qualitative est menée auprès d'une population captive. L'aspect « anonyme » du questionnaire a été un choix primordial afin de laisser une liberté de réponse.

Certains questionnaires ont été distribués par les surveillants pénitenciers dans chaque cellule des détenus, d'autres ont été remis en main propre aux détenus par le surveillant de l'UCSA afin qu'ils les remplissent dans la salle d'attente. Il était conseillé aux patients de redéposer les questionnaires dans les boîtes aux lettres de leur UCSA référente (ancien ou nouveau centre).

Dans un but de reproductibilité du test, la démarche s'est inspiré des questionnaires ayant paru dans 2 thèses précédentes : « La problématique des soins dentaires en milieu carcéral. Etude à l'UCSA de Metz-Queuleu. Thèse Chir dent, Nancy, 2007 » de E. Caparros et « Prise en charge odontologique au centre de détention de Joux-la Ville, 2011» de Mathilde Pierré. (22).

Les questions ont été réparties selon plusieurs axes :

- Les habitudes d'hygiène bucco-dentaire : 2/4/5/7/8/10/15
- L'entrée en prison : 11
- L'administration : 12/13/14/17/18/20/22
- L'évolution de l'état bucco –dentaire au cours de l'incarcération : 9/16/19
- La sortie du détenu : 21/23/24/25
- Les idées reçues : 19/20/21/22/23
- La prévention bucco-dentaire à la prison : 21/17/11
- Des questions sur les facteurs de risques concernant la consommation de drogues et de thérapie de substitution aux opiacés ont été rajoutées en fin de questionnaire afin d'évaluer et de repérer les conduites addictives.(19)

2.4.2. *Echantillonnage*

2.4.2.1 Critères de sélection

Aucun critère de sélection pour la distribution des questionnaires anonymes. Pour les patients ne sachant pas lire, un atelier « Aide à la rédaction » à la Bibliothèque permettait aux détenus de remplir les questionnaires avec l'aide d'un codétenu.

2.4.2.2 Nombre de patients composant l'échantillon.

Sur 350 exemplaires imprimés et distribués aux détenus, 90 nous ont été retournés soit un taux de réponse de 25% de la population pénale.

2.4.3. *Participation à la création de la brochure*

Dans le cadre de la promotion de la santé, le projet d'éducation à la santé s'attachait ici à développer une action communautaire et d'installer une situation pédagogique via la création d'une brochure laissant ainsi une place aux détenus dans la construction et l'appropriation des savoirs et des compétences. La stratégie employée est la participation et l'empowerment. L' « empowerment » signifie le processus par lequel des personnes et des communautés peuvent acquérir la maitrise des événements qui les concernent. (7) (23)

Le journal de bord sur le déroulement des séances faites en accord avec l'enseignante du centre de détention et des détenus rédacteurs du journal « Mauz-Mag » se trouve en ANNEXE 7. Un document réalisé par les personnes détenues de la maison d'arrêt de Coulaines dans le cadre d'une éducation pour la santé nous a inspiré pour mener le projet.

2.5. Fiche n°5 : Identification des partenaires potentiels à mobiliser autour du projet

Acteurs pénitentiaires locaux :

- Directeur de l'établissement
- SPIP : Connaissance du milieu et de la population carcérale.
- Responsable enseignement. **Rôle** : lien entre le chef de projet et les détenus pour créer la plaquette informative et l'article dans le journal local de la prison.

Acteurs santé locaux:

- Personnels médicaux de l'UCSA de Mauzac. **Rôle** : contribue à la réalisation de l'action.

Personnes détenues :

- Personnes participant à la rédaction du journal interne « MAUZ-MAG ». **Rôle** : renforcer le sentiment d'appropriation des personnes détenues vis-à-vis de l'action envisagée.

Acteurs départementaux et régionaux :

- ARS Bordeaux : responsables des services prévention et promotion de la santé, correspondants avec le milieu pénitentiaire.
- Direction interrégionale des services pénitentiaires d'Aquitaine.
- Caisse d'Assurance Maladie AMELI. **Rôle** : Informateur sur les structures dentaires extérieures.
- IREPS AQUITAINE: Instance Régional d'Education et de Promotion de la Santé. **Rôle** : fournir un conseil méthodologique aux opérateurs locaux dans l'élaboration de leurs projets en éducation pour la santé.

Autres acteurs locaux :

- Infographiste. **Rôle** : Avis professionnel sur le choix graphiques de la plaquette d'information.

- Imprimeur. **Rôle** : Reproduction des plaquettes d'information.

2.6. Fiche n°6 : Définitions des objectifs

Le projet comporte :

- Un Objectif Général portant sur l'ensemble du projet :
  - Améliorer la santé bucco-dentaire des détenus de la prison de Mauzac

- Des Objectifs Spécifiques ou dit Stratégiques
  - Améliorer les connaissances des détenus concernant les risques d'une mauvaise santé bucco-dentaire
  - Organiser la préparation et la continuité des soins à la sortie
  - Revaloriser l'image des soins bucco-dentaire en prison
  - Identifier les facteurs de risques environnementaux et les freins administratifs empêchant une bonne hygiène bucco-dentaire

- Des Objectifs Opérationnels
  - Créer une plaquette informative adressée aux patients
  - Créer des affiches informatives pour l'UCSA
  - Création d'un article au sein du Journal de la Prison « MAUZ –MAG »
  - Informer sur les lieux de soins existants extérieurs
  - Informer l'administration sur les freins observés.

Voir Annexe 3

2.7. Fiche n°7 : Estimation des besoins humains et logistiques.

Les besoins en ressources humaines comprennent le temps de coordination, de préparation de l'action et de la réalisation. (ANNEXE 5)

2.8. Fiche n°8 : Recherche des ressources de financement

La mise en œuvre du projet nécessite des sources de financement interne et/ou externe.
Les sources internes sont les bénévoles ou matériels propres à l'UCSA.
Les sources externes peuvent être des subventions venant du secteur public ou privé. Les partenaires en lien avec le domaine de la santé et de la justice peuvent être sollicités afin de donner des financements directs par subvention comme l'ARS ou indirects par mise à disposition de besoin humain ou matériel comme l'IREPS.
Pour faire une demande de financement externe au près du secteur public, cela nécessite de remplir un dossier de demande de subvention (Cerfa N°12156*03). Les financements se font généralement sous forme d'appels à projet qui ont lieu une fois par an.

2.9. Fiche n°9 : Planification du projet

Le projet d'enseignement consiste en une brochure distribuée aux détenus le jour même de leur admission en prison. Cette plaquette tient compte de la globalité de l'expérience d'un patient face aux soins bucco-dentaires jusqu'au retour au domicile.

Un document crée par l'Hôpital général Juif permet de vérifier la planification du projet via une liste(24). (Voir ANNEXE 4) + Tableau de planification du projet (ANNEXE 6)

2.10. Fiche n°10 : Evaluation pré- publication

L'objectif est de tester la lisibilité du document sur un groupe échantillon (6 à 10 personnes) du public cible(25). La mise à l'essai de la plaquette informative permet d'assurer que le public cible comprend le message (voir l'ANNEXE 9 : Procédure de rétroaction, pour les documents d'enseignement aux patients et l'ANNEXE 10 : exemple de questionnaire de rétroaction) (24). L'équipe professionnelle de l'UCSA doit réviser également le document final avant son impression en grande quantité.

3. Résultats

3.1. Données du questionnaire

Dans le questionnaire, plusieurs axes ont été abordés:

- *Concernant les habitudes bucco-dentaires* : 2/4/5/7/8/10/15
    - Q2 : Avant leur incarcération, 61% de l'échantillon allaient chez le dentiste tous les 6 mois à 1 an ; 12% entre 2 à 3 ans et 27% plus de 5ans.

Figure 3 : Consultation chez le dentiste avant l'incarcération

    - Q4 : Unanimement les patients avaient une brosse à dent et un dentifrice pour prendre soin de leurs dents.
    - Q5 : 8% possédaient une brosse à dent électrique.
    - Q7 : Concernant l'hygiène bucco-dentaire, 29% se brossaient les dents une fois par jour et 69% se brossaient les dents entre 2 à 3 fois par jour.

Figure 4 : Fréquence de brossage dentaire

    - Q8 : 90% n'utilisaient pas le fil dentaire. Cependant, cette question m'a permis de découvrir que son utilisation est interdite en prison.
    - Q10 : A propos de la fréquence de nettoyage des appareils dentaires, 30% des patients qui en portent le nettoyaient au moins une fois par jour, et 9% ne le lavaient qu'une fois par semaine voire jamais.
    - Q15 : 52% estimaient ne pas avoir de problèmes bucco-dentaires avant de rentrer en prison, 39% avaient des caries et 17% avaient une inflammation au niveau des gencives.
- *Concernant leur entrée en détention :* 3

- Q3 : 59% de l'échantillon n'ont pas eu de bilan bucco-dentaire à leur entrée au centre pénitentiaire.

- *Analyse des freins en rapport avec l'administration* 6/12/13/14/18/20/22
  - Q6 : 70 % ne voyaient pas de contraintes au niveau du prix d'achat d'une brosse à dent et d'un dentifrice.
  - Q12 : la douleur correspondait à 44% des motifs de consultations contre 33% pour le suivi des soins ; 29% pour un bilan bucco-dentaire et 22% dans un souci d'esthétique.
  - Q13 : Le temps d'attente pour un rendez-vous est à 75% d'un délai de 1 mois ou plus.

Figure 5 : Temps d'attente pour un rendez-vous

  - Q14 : 75% trouvaient l'accès aux rendez-vous difficile
  - Q18 : 60% considéraient avoir un accès facilités aux médicaments en cas de douleurs dentaires.
  - Q20 : 50% disaient pouvoir se confier librement au dentiste dans le respect du secret médical.
  - Q22 : 48% de l'échantillon semblaient satisfaits des soins bucco-dentaires à l'UCSA.

- *Au cours de leur incarcération :* 9/16
  - Q9 : 80% estimaient ne pas avoir ressenti de modification au niveau de leurs habitudes de brossages depuis leur incarcération.
  - Q16 : Depuis l'incarcération, 78% trouvaient que leur dentition s'était dégradée.

- *Concernant la suite des soins bucco-dentaire à la sortie du centre pénitentiaire :* 21/23/24/25
  - Q21 : 56% de l'échantillon ne réalisaient pas l'impact d'une bonne hygiène bucco-dentaire sur leur réinsertion sociale.
  - Q23 : 89% pensaient consulter un dentiste à leur sortie du centre de détention.
  - Q24 : 63% pensaient que leur état bucco-dentaire s'était dégradé au cours de leur détention.
  - Q25 : 57% ne savaient pas où aller se faire soigner les dents à leur libération.

- *A propos des idées reçues sur les soins dentaires en prison :* 19/21/22
  - Q19 : 70% pensaient que la prison ne leur offre pas tout le panel de soins dentaires et prothétiques à l'UCSA.
  - Q21 : 56% ne réalisaient pas l'impact d'une bonne hygiène bucco-dentaire sur leur réinsertion sociale.
  - Q22 : Les patients semblaient satisfaits des soins bucco-dentaires à l'UCSA à 48%.

- *Concernant les outils de prévention mis en place à l'UCSA :* 11/17/21
  - Q11 : Pendant l'incarcération, 80% de l'échantillon n'avaient pas bénéficié d'informations concernant la prévention bucco-dentaire (méthodes de brossage, habitudes alimentaires).
  - Q17 : 57% estimaient ne pas avoir pris conscience de l'importance des soins bucco-dentaires au cours de leur détention.

- Q21 : 56% ne réalisaient pas l'impact d'une bonne hygiène bucco-dentaire sur leur réinsertion sociale.

- *Facteurs de risque ayant impact sur une bonne santé bucco-dentaire* : 26/27/28/29/30/31
  - Q26 : Près de 67% étaient fumeurs ; 16% entre 1 à 5 cigarettes ; 35% fumaient entre 6 à 20 cigarettes par jour et près de 11% fumaient plus de 20 cigarettes par jour. Chez les moins de 30 ans la proportion de fumeur atteignait les 70%.
  - Q27 : La tendance en milieu carcérale est à l'augmentation de consommation de tabac.

Figure 6 : Consommation de Tabac

  - Q28 : 21% étaient consommateur de cannabis.
  - Q29 : Concernant la consommation de psychotrope, 68% de non consommateur et 6% consomment des Neuroleptiques ; 15% Antidépresseurs ; 12% Anxiolytiques.
  - Q30 : 12% avaient consommé des drogues dures dans les mois qui ont précédé leur incarcération.
  - Q31 : Concernant l'utilisation des TSO, 80% n'en consommaient pas, 2% Méthadone ; 1% Subutex ; 5% Suboxone

3.2. La brochure informative « Mes dents c'est Ma santé, Mes dents c'est Mon sourire. »

Après analyse de l'état bucco-dentaire global des détenus ainsi que des freins empêchant une bonne hygiène bucco-dentaire, un outil de prévention basé sur l'information a été créé avec l'aide des détenus. Trois axes basés sur l'entrée en détention, son déroulement et à la sortie ont permis d'aborder les questions suivantes :

- Comment obtenir une prothèse?
- Qu'est ce qui peut abîmer mes dents?
- Comment prendre soin de mes dents?
- Où me faire soigner?

La plaquette informative se trouve en ANNEXE 8

4. Discussions

4.1. Analyse et limites du questionnaire

4.1.1. *Analyse*

Les réponses aux questionnaires ainsi que les commentaires libres des détenus ont permis de mettre en lumière les freins et les problématiques de santé relatifs à une bonne hygiène bucco-dentaire.

Les réponses aux questionnaires ont permis de justifier la mise en place de diverses actions au sein du centre de détention afin de favoriser une meilleure hygiène bucco-dentaire des détenus.

La population carcérale est constituée pour partie de sujets issus de la précarité, dont l'état de santé buccodentaire est fortement dégradé. En effet, plus de la moitié estiment avoir des problèmes de type gingivite et/ou caries (question 15) avant même leur entrée en prison d'où la nécessité d'une prise en charge.

Or le manque de personnel dentaire à l'UCSA justifie le manque de temps pour réaliser les bilans bucco-dentaires à l'entrée en détention (question 3), la difficulté d'accès et le temps d'attente relativement long pour un rendez-vous (questions 13/14).

L'absence de prévention bucco-dentaire au cours de l'incarcération (question 9/11) et le fait que les patients ne se rendent pas compte de l'importance des soins dentaires sur une réinsertion sociale (questions 17/21) justifie la création d'une plaquette informative afin de sensibiliser aux soins dentaires.

La prévention primaire utilise l'éducation, la promotion à la santé et l'information auprès des populations afin d'éviter l'apparition d'une maladie. La sensation des patients d'avoir une plus grande dégradation de leur état bucco-dentaire à la sortie de prison (question 16/24) met en évidence l'importance de la mise en œuvre d'un plan de prévention.

Les tableaux de contingences montrent une corrélation directe entre absence d'information de prévention (Q11) et sensation de dégradation bucco-dentaire (Q16) ainsi que absence de conscience de l'importance des soins (Q17).

Figure 7 : Tableau de contingence : corrélation entre le manque d'information et l'absence de conscience de l'importance des soins bucco-dentaires.

Figure 8 : Tableau de contingence : corrélation entre l'absence d'information reçue et la sensation d'avoir une dégradation bucco-dentaire

Revaloriser le système de soins dentaire au centre de détention est une des actions principales à mettre en place en termes de prévention primaire. En effet, le motif de consultation majeur au cabinet est la douleur (question 12) d'où l'importance de motiver les patients à venir afin de les prendre en charge avant qu'une douleur intervienne.

De plus, par manque d'information ou par désinformation (rumeurs..), de nombreux patients pensent que le cabinet dentaire de l'UCSA ne présente pas le panel de soins conservateurs et prothétiques (question 19/22). Les patients disent attendre leurs permissions ou leur sortie définitive pour prendre en charge leur dent alors que tous types de soins et prothèses sont possibles (sauf implantologie). Ainsi la revalorisation des soins bucco-dentaires

est justifiée avec la création d'une plaquette informative (mis en 4ème de couverture sur la brochure voir ANNEXE 8)

Les outils d'hygiène bucco-dentaire (brosse à dent/dentifrice) ne constituent pas d'obstacles pour obtenir une bonne hygiène car un kit est distribué mensuellement et gratuitement (question 4/6). Cependant la question 5 a mis en lumière la difficulté pour les patients d'accéder à une brosse à dent électrique car cela nécessite de passer une commande à la « cantine » et de posséder une prescription de la part du dentiste.

Concernant les questions sur les facteurs de risques (questions 26 à 32), certains patients n'ont pas souhaité répondre malgré le coté anonyme car ils ne comprenaient pas quel était le rapport avec les dents, d'où l'importance de sensibiliser la population carcérale sur l'impact de ces risques sur la pathologie bucco-dentaire et la santé en général. Le tabac reste le facteur de risque principal consommé par la population pénale. De plus, l'incarcération est ici synonyme d'augmentation de consommation de cigarettes.

4.1.2. *Limites*

La limite majeure du questionnaire est le manque de corrélation avec les examens bucco-dentaires. En effet, les questionnaires sont anonymes à la différence des examens bucco-dentaires, ce qui empêche de faire des corrélations entre ses 2 états des lieux. Cependant, seulement la moitié des détenus estiment pouvoir se confier librement à leur dentiste (question 20) et le fait d'être face à une population captive, l'anonymat du questionnaire prend ici toute son importance.

Les questions des « Traitements psychotropes » et « Substitution aux Opioïdes » semblent être biaisées car selon les infirmiers, les patients ne sont généralement pas au courant des traitements qu'ils prennent.

4.2. Analyse et limites de l'examen bucco-dentaire

4.2.1. *Analyse*

Les examens bucco-dentaires réalisés sur 68 détenus et les 58 examens récupérés sur le logiciel « Trophy » (examens réalisés après 2015) ont permis de faire un état de la santé bucco-dentaire de la population pénale.

De Juillet à Septembre 2016, l'indice CAO était de : 16,8 et le coefficient masticateur était d'une moyenne de 69, 5.

Dans la population générale adulte, les données épidémiologiques sont rares par la difficulté d'avoir un échantillon représentatif de cette catégorie de la population. Cependant, les études existantes montraient que les adultes avaient un CAO moyen compris entre 13 et 15 ainsi qu'entre 1 et 1,2 dent cariée à traiter, en moyenne (donnée de l'ARS Ile de France). (22). (23).

Les résultats concernant l'état dentaire de la population carcérale se trouve dans le chapitre '2.3.9' de l'état dentaire de la population carcérale.

4.2.2. *Limites*

Les consultants étaient des patients qui venaient spontanément au cabinet afin de réaliser des soins conservateurs, hygiéniques et prothétiques. Le principe de randomisation, c'est-à-dire un choix au hasard de la population pénale n'est pas appliqué dans ce cas. Seulement 15 nouvelles consultations « à l'entrée » ont été réalisées et 1 seule consultation avant la sortie du détenu. De plus, la consultation des dossiers du logiciel « Trophy » n'indiquaient pas si ces patients avaient été libéré depuis.

4.3. Analyse et limites de la plaquette informative

4.3.1. *Analyse*

Un des objectifs opérationnel mis en place pour contrecarrer les freins à une bonne hygiène buccodentaire était la fabrication d'un outil de prévention basé sur l'information. L'analyse de la pratique dentaire dans ce milieu carcérale et l'état des lieux bucco-dentaire des détenus ont permis de créer l'architecture de la brochure informative.

Page de titre

Plusieurs pistes existent pour améliorer les stratégies de communication de prévention en santé publique en faisant appel à la raison, la peur, la surprise, la responsabilité, le plaisir ou le dégoût. Exemple : campagne de prévention concernant les paquets de cigarette faisant appel au dégout et à la peur.



Figure 9 : Image illustrative des paquets de cigarette

Pour la page de titre, le choix s'est porté sur l'image illustrative d'un beau sourire.



Figure 10 : Image illustrative de la page de titre

Selon des principes de littératie, les sous-titres de la partie « Sommaire » sont sous la forme de questions afin d'interpeller le lecteur.

Page interne 1

Une chronologie a été utilisé pour structurer la plaquette avec « à l'entrée » ; « pendant » ; « à la sortie de prison ». Les démarches à suivre pour prendre un rendez-vous avec le dentiste et obtenir une prothèse sont expliquées.

Page interne 2

Les méthodes d'hygiène et d'entretien de la sphère orale doivent être explicitées dans la brochure afin de renforcer l'importance d'une bonne hygiène. Les questions 7 et 10 justifient le fait d'insister sur les techniques de brossage.

En effet la question 8 du questionnaire anonyme a permis de mettre en avant le fait que le fil dentaire était interdit en prison, justifiant ainsi que l'inutilité de mettre en avant la méthode F.I.L dans la brochure.

Les divers facteurs de risques sont mentionnés sous l'onglet « Danger » avec les bonnes conduites à tenir dans l'onglet « Solutions » en symétrie.

Page interne 3

Les patients souhaitent continuer les soins à la sortie de prison pour 90% d'entre eux (question 23) mais la moitié d'entre eux ne sait pas où aller (question 25). L'objectif dans la plaquette est d'appliquer la « Mesure 13 » du plan d'action stratégique 2010/2014 qui stipule d'organiser la préparation et la continuité des soins à la sortie. La partie « A la sortie » de la brochure informe le patient sur les centres dentaires extérieurs où ils peuvent se faire soigner sans avance de frais en Aquitaine voire en France. (28)

4ème de couverture

Revaloriser le système de soins dentaire au centre de détention est une des actions principales à mettre en place en termes de prévention primaire. Il est donc important d'insister sur le fait qu'il y a les mêmes soins dentaires au centre qu'à l'extérieur de la prison à l'exception des soins non pris en charge par la caisse d'assurance maladie (ni implantologie ni orthodontie ni de traitements de parodontie n'y sont pratiquées).

Page de titre	Page interne 1	Page interne 2	Page interne 3	4ème de couverture
ILLUSTRATION INCITATIVE « SOURIRE HOMME »		**Illustration : brossage de dents Illustration : DANGER et SOLUTIONS**		
TITRE	**A L'ARRIVEE**	**PENDANT**	**A LA SORTIE**	**REVALORISATION**
SOMMAIRE Titres sous la forme de questions afin d'interpeller le lecteur	Contacter dentiste lettre Pour une prothèse ; DOSSIER CMU-C/ACS	Dangers /solutions Grignotage/ bonne hygiène Drogue/Prise en charge UCSA Prothèse sale / Conseils d'hygiène	**ADRESSES EXTERIEURS**	Insister sur le fait qu'il y a les mêmes soins dentaires qu'à l'extérieur de la prison
	URGENCE ?	Mes gencives saignent ? que faire ?		

Figure 11 : Maquette architecturale

Voir Annexe 8

4.3.2. *Limites*

Cependant, les messages de prévention en matière de santé rencontrent aujourd'hui des limites.

En effet, le but des stratégies préventives ne doit pas être seulement d'informer et de sensibiliser sur les comportements vertueux, mais bien d'inciter la population à les adopter. Or les outils de prévention ont souvent permis d'éveiller les consciences mais elles peinent à modifier les comportements à risque. Posséder l'information pertinente sur une conduite à risque ne suffit pas à y faire renoncer un individu car même lorsque les patients connaissent les bienfaits d'une bonne hygiène de santé, ils ne font pas toujours des choix rationnels.

Les campagnes d'informations s'adressent le plus souvent à « l'homo oeconomicus » c'est-à-dire un homme rationnel, logique, analytique, patient imperméable aux influences sociales. Cependant les neurosciences lui opposent « l'homo consommatus » qui n'est pas à l'abri de ses émotions, l'optimal économique n'étant pas un trait saillant de l'être humain.

De plus, les campagnes de prévention touchent généralement les populations déjà sensibilisées aux bonnes pratiques sanitaires et manquent de ciblage envers les personnes à risque. Ces campagnes n'ont pas la même efficacité selon les tranches d'âge de la population. C'est en étudiant le comportement de « l'homo consommatus » que nous pouvons mieux comprendre comment celui-ci réagit aux messages publicitaires de prévention.

4.4. Contraintes et difficultés rencontrées

« La pratique médicale en milieu carcéral s'appuie sur des principes fondamentaux bien définis, tout en devant s'accommoder de nombreuses contraintes » (Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, 2002)

4.4.1. *Difficulté administrative*

La lourdeur administrative peut contribuer une difficulté dans l'élaboration d'un projet de prévention entraînant des retards. Une attente d'autorisation auprès des différentes directions pénitentiaires (Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires ; Direction Générale de la prison) engendrent une contrainte temporelle non négligeable.

4.4.2. *Difficulté pour récolter les questionnaires anonymes*

Le recueil de l'ensemble des questionnaires était très fastidieux. Sur 350 questionnaires imprimés et distribués, seulement 90 nous ont été retournés. Pour cause, il nous a été reporté un manque d'implication des détenus qui disent ne pas se sentir concernés par les soins bucco-dentaires, nombreux sont ceux qui n'ont pas d'appareils, qui n'en veulent pas et qui ne souhaitent pas de soins. Certains n'ont pas compris la démarche engagée, y voyant de la suspicion par rapport aux administrations.

Les questionnaires récupérés venaient principalement des patients qui allaient en consultation à l'UCSA et qui donc étaient motivés par le personnel sanitaire à le remplir.

De plus, de nombreux patients m'indiquaient ne pas avoir été avertis ni avoir reçus les questionnaires par le personnel surveillant, impliquant alors d'imprimer de nouveaux questionnaires pour les patients venant à l'UCSA.

4.4.3. *Difficulté pour trouver des partenaires potentiels au projet*

La recherche des partenaires n'est pas une mince affaire car cela nécessite de les motiver à adhérer au projet d'éducation de la santé et de développer des capacités oratoires de chef de projet afin de persuader du bénéfice d'une campagne de prévention. Ceci permet d'apprendre à laisser la liberté aux personnes de ne pas participer. L'éthique en éducation pour la santé implique de respecter le choix des personnes et donc chacun a le droit de ne pas prendre part à cette étude.

4.5. Prospectives

4.5.1. ***Les Nudges : Nouvelle approche de la prévention en santé publique.*** (26)

Richard Thaler et Cass Sunstein ont développé la notion de *« nudge »* qui signifie « donner un coup de pouce », ou « encourager ». Le nudge prend comme principe « le paternalisme libertaire ». Avec la notion de « paternalisme » le patient voit ses choix guidés en douceur dans l'objectif d'améliorer son bien-être. La notion de « libertaire » renvoie au fait

que le patient a la possibilité de ne pas suivre cette orientation. Cette discipline observe et analyse les caractéristiques du comportement d'humains bien réels puis utilise à bon escient ses biais comportementaux pour améliorer le bien-être des individus. La démarche du nudge se différencie alors de « l'homo oeconomicus ».

L'université de Marburg a réalisé en 2012 une étude appelée « Nudge at Dentist » (27) concernant l'impact des rappels de rendez-vous pour un contrôle de prévention bucco-dentaire. Trois groupes avaient été créés :

- les patients qui n'ont pas eu de rappel
- les patients qui ont eu un rappel dit « Neutre » : « c'est l'heure du dentiste ! »
- les patients qui ont eu un rappel avec plus d'information (message positif « Garder votre beau sourire demain » ou négatif « Ne perdez pas votre beau sourire demain »; faisant appel au plaisir ou à la peur)

Un mois après avoir reçu l'appel, le nombre de patients présents au rendez –vous avait doublé. C'est un moyen économiquement et statistiquement significatif. Le rappel dit « neutre » avait le plus fort impact sur la population concernée.

Aujourd'hui, grand nombre de cabinets médicaux utilisent ce système de rappel via les texto envoyés aux patients concernés la veille du rendez-vous.



Figure 12 : Rappel des rendez-vous employant l'information « Neutre » ; « Positive » ; « Négative »

De même en 2012, une seconde étude par l'American Dental Association intitulé « Nudging your patient toward improved oral health » décrivait les patients comme soumis à des biais prévisibles et donc sujets à faire des erreurs. Les membres de l'équipe dentaire peuvent donc utiliser cette information pour "pousser" les patients dans des directions voulues

pour leur bien-être en fournissant une combinaison appropriée de mesures incitatives tout en préservant l'autonomie du patient. (28)

Des mesures incitatives telles que :

- La conformité. En général, les gens préfèrent se conformer sur la perception du comportement des autres, même lorsque la preuve est claire que les autres font un mauvais choix.
  Par exemple, dire aux patients qu'ils sont légèrement en dessous de la norme en ce qui concerne les pratiques d'hygiène buccale ou les bons choix nutritionnels peuvent les motiver à travailler pour atteindre la norme et donc adopter les pratiques de santé positives.

- Le principe de Premack qui relie une activité moins fréquente avec une activité plus fréquente. Avec l'habitude, les patients augmentent la probabilité de réaliser l'activité moins fréquente.

- Donner de la rétroaction. Les patients ont besoin d'évaluer leurs progrès, et pour certaines personnes, la rétroaction elle-même peut être un coup de pouce suffisant. Ainsi programmer les patients sur un calendrier de rendez-vous plus fréquent peut être un moyen de fournir une rétroaction.

- Structurer les choix complexes. Les patients peuvent être désorientés par les différents plans de traitement complexes se présentant à eux. En cartographiant de manière appropriée et en structurant ces choix complexes, les membres de l'équipe dentaire peuvent aider les patients à mieux comprendre leurs choix, les coûts et les avantages de chaque option. Fournir des documents faciles à comprendre, des brochures, des aides visuelles et d'autres articles, peut aider le patient à faire un choix sur le plan de traitement approprié.

Ces diverses mesures incitatives qui poussent les patients à adopter le comportement optimal pour une bonne hygiène permettent également d'établir des relations de confiance entre le dentiste et les patients. Aujourd'hui, l'utilisation du « nudge » dans la promotion de la prévention en santé publique est à considérer, d'autant plus qu'elle peut être considérer comme un meilleur rapport coût/ efficacité.

4.5.2. *Modèle de Whitehead et Dahlgreen*

L'observation clinique des détenus du centre de Mauzac a permis d'identifier des problématiques de santé. D'après le modèle de Whitehead et Dahlgreen (29), les problématiques dépendent de déterminants de santé. Ces derniers représentent l'ensemble des facteurs individuels et collectifs, socio-économiques et environnementaux qui vont influencer l'ensemble des conditions de santé et, de bien-être de la population. (Inspection Générale des Affaires Sociales, 2011).

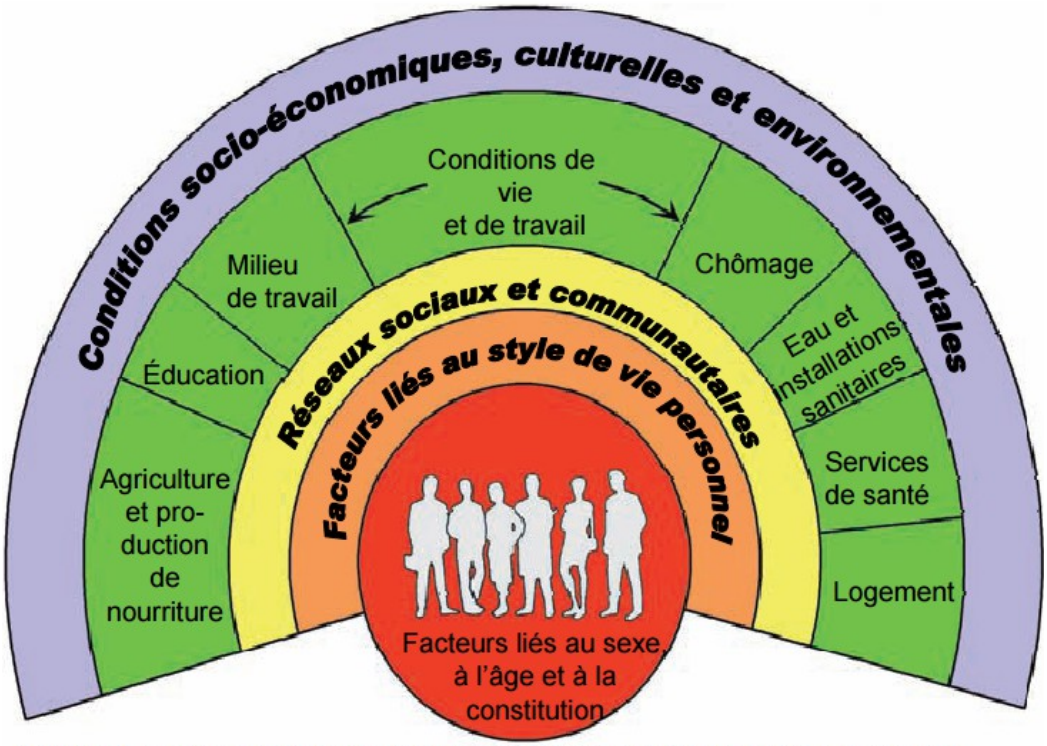


Figure 13 : Modèle de Whitehead et Dahlgreen

Par exemple, pour agir sur la problématique de la « rupture administrative en lien avec la CMU-C au centre de détention », il faut prendre en compte plusieurs déterminants qui sont :

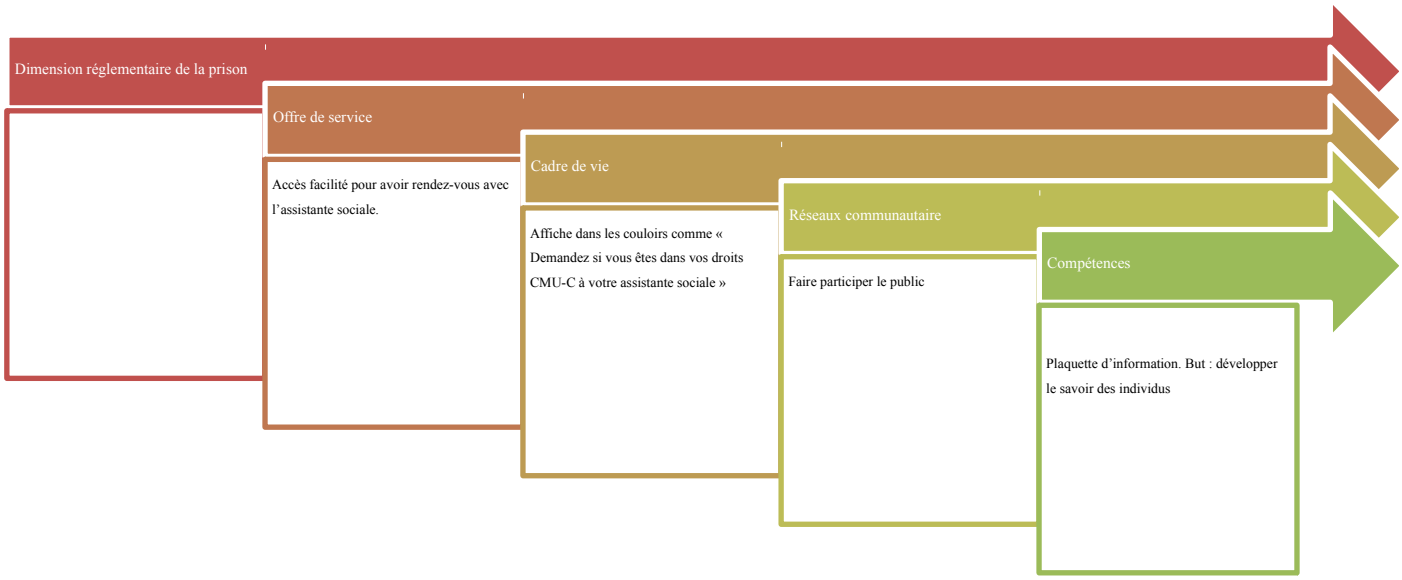


Figure 14 : Approche Transversale des divers déterminants face à la problématique

Ainsi l'objectif est d'informer pour que le patient puisse faire des choix éclairés. Cependant, cela nécessite de vérifier que ces choix soient accessibles. Et donc l'expérience montre que pour agir sur la santé bucco-dentaire il faut agir en priorité sur le cadre de vie et sur l'offre de service. La résolution des problèmes de santé doit avoir une stratégie globale prenant en compte l'ensemble des déterminants.

4.5.3. *La prévention ludique*

L'approche ludique comme stratégie de communication est de plus en plus utilisée pour renforcer les actions de prévention des risques. Le jeu est un excellent moyen pour mettre en scène des situations, capter l'attention, impliquer les patients et les aider à mémoriser des messages ainsi que les responsabiliser.

Dans certains cas la population peut se retrouver méfiante envers les campagnes sanitaires, assimilées à une forme d'autorité « extérieure » qui aurait tendance à les montrer du doigt et à les stigmatiser. L'approche ludique suit un autre chemin en mettant en avant une dose de plaisir partagée et surtout en évitant toute approche moralisatrice.

L'objectif est de rompre avec les habitudes et autres routines de sensibilisations systématiques et répétitives. Il s'agit donc de booster la manière de transmettre les messages de prévention.

4.5.4. *Livret de présentation du service pour les étudiants* **(11)**

Faire intervenir des étudiants des centres de traitements et d'enseignements dentaires en fin de cursus T1 présente un intérêt non négligeable comme expérience relationnelle enrichissante pour eux-mêmes. De plus cela permettrait d'augmenter le personnel dentiste-soignant pour l'UCSA, d'autant que la fonction d'assistante dentaire n'était pas représentée au sein de l'hôpital avant 2016. Il faut alors cerner quelles sont les motivations pour qu'un dentiste souhaite travailler en prison(30). Une étude écossaise basée sur la théorie de Vroom a caractérisé 3 motivations principales :

- Expectation : une espérance que leur travail améliorera les statistiques cliniques de l'état bucco-dentaire des détenus.
- Instrumentalité : fournir des soins bucco-dentaires, développant des relations d'aide et rester objectif face à une personne ayant fait des actes immoraux.
- Valence : une satisfaction rencontrée quand les détenus surmontent les facteurs de risques comportementaux pour leur santé.



Figure 15 : Théorie de VROOM

Un livret pourrait être créé, destiné aux étudiants souhaitant faire leur stage de dernière année en leur présentant le service, le déroulement des consultations, la tenue des dossiers, les procédures de décontamination, la conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang et le règlement du service hospitalier UCSA qui les accueille. Ce stage permettrait aux étudiants de réaliser, en autonomie supervisée, des consultations médicales dans une situation clinique singulière, le milieu carcéral, et il constituerait un atout pour l'apport personnel sur le plan humain dans la confrontation à une population particulière.

De plus, le travail interdisciplinaire y est privilégié entre les différents intervenants médicaux et non médicaux au sein de l'UCSA pouvant préparer les étudiants à travailler dans des maisons de santé pluridisciplinaires.

Conclusion

Le plan national d'actions pour améliorer la santé des personnes détenues de 2010/2014 avait pour fondement que la population carcérale bénéficie de la même qualité et de la continuité de soin que la population générale. Le plan d'actions a mis en place des mesures afin d'améliorer la santé bucco-dentaire des détenus et notamment organiser la préparation et la continuité des soins à la sortie. En effet, la prise en charge de la santé ainsi que son apprentissage, notamment bucco-dentaire, est un moyen de réinsertion. Le projet initié s'inscrit dans ce cadre car *« le prisonnier devrait être seulement privé de sa liberté et jouir d'un droit d'accès aux soins au même titre que n'importe quel citoyen »* (31). (32)

Ce projet de promotion de la santé au centre pénitentiaire de Mauzac a permis dans un premier temps de récupérer les données locales grâce aux examens bucco-dentaires faits sur un échantillon de la population carcérale. Ces données ont mis en lumière le fait que les détenus ont un besoin en soins accrus face à l'état bucco-dentaire dégradé et à l'exposition de plusieurs risques sanitaires. Le but ayant été de donner les indicateurs de base qui permettront une réévaluation dans le futur, voire à long terme, de mesurer une amélioration ou non après application de ce projet.

Dans un second temps, les résultats des questionnaires anonymes ont permis de déterminer les divers freins ayant un impact sur la prise en charge bucco-dentaire des détenus. A savoir : estimer les besoins des détenus et renseigner sur les limites administratives.

Pour conclure, le projet se termine par un travail pluridisciplinaire en accord avec le personnel pénitentiaire, le personnel de l'UCSA de Mauzac, les enseignants et les détenus afin de créer ensemble un outil informatif de prévention.

Mais malgré la volonté d'agir en faveur des détenus à travers les divers plans d'actions stratégiques renouvelés régulièrement, la lourdeur du système pénitentiaire et le manque de moyens nous amènent à penser que l'amélioration du quotidien « santé » s'avère longue. Pourtant poursuivre ce projet de santé publique est une nécessité pour la société car, comme le disait Jeremy Bentham dans son ouvrage « Le Panoptique en 1780 »,

« Le détenu est sous l'œil du gardien, le gardien sous l'œil du directeur, la prison sous l'œil du peuple. »

Bibliographie

1. Mouquet M claude. La santé des personnes entrées en prison en 2003. [Internet]. Etudes et Résultats DREES; 2005 mars p. 12. Report No.: N°386. Disponible sur: http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er386.pdf

2. Folliguet M. La santé bucco- dentaire des personnes détenues en 2006. [Internet]. Direction Générale de la Santé; 2006 sept p. 31. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_sante_bucco-dentaire_des_personnes_detenues.pdf

3. UNODC. Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus. In: 1994 [Internet]. Genève; [cité 15 août 2016]. Disponible sur: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/F-book.pdf

4. HAS. Recommandations en santé publique. Stratégies de prévention de la carie dentaire. [Internet]. mars, 2010. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_rapport_cariedentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf

5. Ministère de la Santé et des Sports, Ministère de la justice et des libertés. Plan d'actions stratégiques 2010 - 2014. Politique de santé pour les personnes placées sous-main de justice. [Internet]. 3ème édition 2014, 2010. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_strategique_2010_2013_prise_en_charge_personnes_placees_sous_main_de_justice.pdf

6. Vincent Delbos, Virginie Bianchi. Rapport de visite du centre de détention de Mauzac Dordogne. [Internet]. Mauzac; 2010 p. 88. Disponible sur: http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2012/11/Rapport-de-visite-du-centre-de-d%C3%A9tention-de-Mauzac-Dordogne.pdf

7. Chemlal K, Echard-Bezault P, Deutsch P. Promotion de la santé en milieu pénitentiaire. Référentiel d'intervention. [Internet]. Saint-Denis: INPES; 2014. 228 p. (Santé en Prison). Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1545.pdf

8. Bécart-Robert A. Exercice de la chirurgie dentaire en milieu penitentiaire. EMC. 2013;Volume 8(5):9 pages.

9. Colloque « Santé en Prison » Dix ans après la loi: quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues? In Maison de la Mutualité Paris: INPES; 2004 [cité 15 août 2016]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/sante-penitentiaire/pdf/actes-colloque-sante-prison.pdf

10. Ministère de la Santé-ministère de la Justice. Prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice. Guide méthodologique. [Internet]. Éditions Dicom n° 12 101 oct, 2012. Disponible sur:

http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Guide_Methodologique__Personnes_detenues_2012.pdf

11. Amouyal M. Pertinance du stage en milieu pénitentiaire à partir du vécu des internes de médecines générale. Santé Publique. 2014;

12. legifrance.gouv. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (. NOR: MESX0100092L p. 115.

13. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Instruction n°2011-206 du 29 aout 2011. [Internet]. août, 2011 p. 30. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-10/ste_20110010_0100_0039.pdf

14. CNCDH. CNCDH présentation de l'institution. 2009.

15. Assemblée Plénière du CNCDH. Etude sur l'acces aux soins des détenus. janv 19, 2006.

16. Conseil supérieur d'hygiène publique. Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. [Internet]. Deuxième Edition juillet, 2006. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_de_prevention_des_infections_liees_aux_soins_en_chirurgie_dentaire_et_en_stomatologie.pdf

17. Becart A. Problèmes éthiques posés par l'exercice de la chirurgie dentaire en milieu carcéral: étude menée à la maison d'arrêt de Loos-lez-Lille. [maison d'arrêt de Loos-lez-Lille]: Lille; 1997.

18. Orphelin D. Spécificité de l'odontologie hospitalière en milieu carcéral. Actual Odonto-Stomatol. juin 2013;(263):4−7.

19. Ministère des affaires sociales et de la santé. Guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral. [Internet]. 2003. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_des_tso_en_milieu_carceral-2.pdf

20. Parodontopathies: Diagnostic et traitements. Agence National d'Accréditation et d'Evaluation en Santé; 2002.

21. Gonin D. La santé incarcérée. Médecine et conditions de vie en détention. Ed. de l'Archipel. 1991.

22. Pierré M. Prise en charge odontologique au centre de détention de Joux-la-ville: étude comparative. [Nancy]: Université Henri Poincaré Nancy 1; 2011.

23. Kehrer R. Congrès du SIIDIEF. Accès aux soins des personnes détenues. Hygiène buccodentaire et continuité des soins. [Internet]. 2012 Mai. Disponible sur: https://www.sidiief.org/wp-content/uploads/SP101.3-Congres2012-Kehrer-Rita.pdf

24. Francesca Frati, C. Oliver,. Manuel de l'Hôpital Général Juif: Comment concevoir des documents d'enseignements écrits efficaces pour les patients? [Internet]. Maggie

Newing, Arlene Greenberg & le groupe de travail RÉP; 2008. Disponible sur: http://www.jgh.ca/uploads/Library/HandbookFrJan20.pdf

25. Dorval, V. Adopter les principes de la littératie en santé en adaptant les textes au bagage des lecteurs. Conférence annuelle des établissements promoteurs de santé.; 2013 mars 21; Montréal.

26. Centre d'analyse stratégique, Sauneron S. Nouvelles approches de la prévention en santé publique l'apport des sciences comportementales, cognitives et des neurosciences. Paris: la Documentation française; 2010.

27. Altmann S, Traxler C. Nudges at the dentist. IZA Discuss Pap. Juin 2012;(No. 6699):32.

28. Scarbecz M. Nudging your patient toward improving oral health. J Am Dent Assoc. Aout 2012;8(143):9.

29. Moquet M-J. Inégalités sociales de santé. In SFSP Poitou-Charentes; 2010.

30. P. A. Smith,, M. Themessl-Huber,. What motivate dentist to word in prison?A qualitative exploration. Br Dent J. Mai 2011;211: E7:6.

31. Revet S. Santé, Inégalités, Ruptures Sociales en Ile de France. In 2003.

32. Leyer Y. Ecriture et mise en oeuvre d'un protocole de soins buccodentaires a l'UCSA de la maison d'arrêt de Brest : pour une meilleure prise en charge de la douleur d'origine dentaire. [Brest]: De Bretagne Occidentale; 2012.

Adresses des associations et partenaires du projet.

ARS Bordeaux : 103 Rue Belleville, 33000 Bordeaux

Direction Régionale des Services Pénitentiaires de Bordeaux : 190 Rue de Pessac, 33000 Bordeaux

IREPS Aquitaine : 6 Quai de Paludate, 33800 Bordeaux

Imprimeur Castet : 6 Quai de Paludate, 33800 Bordeaux

Centre de détention : Mauzac et Grand-Castang. 24150.

Films

« Ombline » de Stéphane Cazes. 2012.

« Un prophète » de Jacques Audiard. 2009.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire anonyme

Bonjour,

Dans le cadre scolaire, le Mlle Fardel organise une étude sur « L'amélioration des soins dentaires à la prison de Mauzac ». Votre aide est essentielle pour aboutir à ce projet. Un questionnaire anonyme vous a été distribué, merci d'y répondre le plus sincèrement possible et de le déposer dans les boîtes aux lettres de l'UCSA.

1/ Quel est votre âge ?

2/ Avant votre incarcération, vous alliez chez le dentiste

☐ Une fois tous les 6 mois ☐ Une fois par an ☐ Entre 2 et 3 ans ☐ Plus de 5 ans

3/ Lors de votre entrée en détention, avez-vous eut un examen dentaire ?

☐ Oui ☐ Non

4/ Avez-vous une brosse à dent et dentifrice ?

☐ Oui ☐ Non

5/ Avez-vous une brosse à dent électrique ?

☐ Oui ☐ Non

6/ Est-ce que vous trouvez que le coût d'une brosse à dent+ dentifrice est trop cher ?

☐ Oui ☐ Non

7/ Vous vous brossez les dents ?

☐ 1 fois par jour ☐ 2 fois par jour ☐ 3 fois par jour ☐ Jamais

8/ Utilisez-vous le fil dentaire ?

☐ Oui ☐ Non

9/ Le fait d'être incarcéré modifie- t- il vos habitudes de brossage ?

☐ Oui ☐ Non

10/ Fréquence de nettoyage de vos ou votre appareil dentaire ?

☐ Je n'ai pas d'appareil ☐ 1 fois par semaine ☐ Au moins une fois par jour ☐ Jamais

11/ Pendant votre incarcération, avez-vous bénéficié d'informations concernant la prévention bucco-dentaire (méthodes de brossage, habitudes alimentaires) ?

☐ Oui ☐ Non

12/ Pour quelles raisons avez-vous pris un rendez-vous ?

☐ Douleur ☐ Contrôle ☐ Soins ☐ Souci esthétique

13/ Combien de temps avez-vous attendu avant d'avoir votre rendez-vous ?

☐ Moins de 3 jours ☐ 1 semaine ☐ 2 semaines ☐ 1 mois ☐ Plus d'un mois

14/ Trouvez-vous que c'est difficile d'avoir un rendez-vous ?

☐ Oui ☐ Non

15/ Quel était l'état de vos dents avant de rentrer en prison ?

☐ Pas de problèmes ☐ Présences de caries ☐ Inflammation des gencives

16/ Pensez-vous que vos dents se sont dégradées depuis que vous êtes incarcéré?

☐ Oui ☐ Non

17/ Trouvez-vous que votre détention vous a permis de prendre conscience de l'importance des soins dentaires ?

☐ Oui ☐ Non

18/ Quand vous avez mal, est-il possible d'avoir des médicaments pour calmer la douleur ?

☐ Oui ☐ Non

19/ Pensez-vous qu'en prison on vous propose tous les types de soins et prothèses ?

☐ Oui ☐ Non

20/ Pouvez- vous vous confier librement au dentiste qui vous soigne dans le respect du secret médical ?

☐ Oui ☐ Non

21/ Pensez-vous que les soins bucco-dentaires dont vous avez bénéficiés en prison ait un impact pour votre future réinsertion sociale ?

☐ Oui ☐ Non

22/Trouvez-vous que les soins dentaires en prison sont corrects ?

☐ Oui ☐ Non

23/Pensez-vous consulter un dentiste à votre sortie de prison ?

☐ Oui ☐ Non

24/ Diriez-vous à votre sortie que votre état bucco-dentaire sera meilleur qu'au moment de votre arrivée ?

☐ Oui ☐ Non

25/ A votre libération, savez-vous où aller pour continuer les soins dentaires ?

☐ Oui ☐ Non

26/ Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

☐ 1 à 5 cigarettes ☐ 6 à 20 cigarettes ☐ Plus de 20 cigarettes ☐ Non-fumeur ou ancien fumeur.

27/ Diriez-vous que lors de votre séjour votre consommation de cigarette a-t-elle ?

☐ Diminué ☐ Augmenté ☐ Inchangé

28/ Etes-vous consommateur de cannabis ?

☐ Oui ☐ Oui mais j'ai arrêté depuis la détention ☐ Non

29/ Avez-vous un traitement en cours du type ?

☐ Neuroleptique ☐ Antidépresseur ☐ Anxiolytiques ou hypnotiques ☐ Aucun

30/ Avez-vous déjà utilisé des drogues dure au cours des 12 mois précédent l'incarcération ?

☐ Oui ☐ Non

Si OUI,

☐ Héroïne ☐ Cocaïne

☐ Médicaments utilisés de façon toxicomanique ☐ Autre produit (LSD, ecstasy, colles..)

31/ Avez-vous un traitement en cours dit de substitution type ?

☐ Méthadone ☐ Subutex ☐ Suboxone ☐ Aucun

32/ A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?
☐Jamais ☐Au moins une fois par mois ☐2 à 4 fois par mois ☐2 à 3 fois par semaine ☐4 fois ou plus par semaine

Merci de votre aide. Expression Libre si vous avez des commentaires à faire au dos de la feuille.

ANNEXE 2 : Examen bucco-dentaire

Patient : ☐ **Nouveau Centre** ☐ **Ancien Centre**

NOM PRENOM

AGE DATE DES DERNIERS SOINS/ OU ?

PATHOLOGIES GENERALES MEDICAMENTS

1/ Hygiène Bucco-dentaire

- **PLAQUE**

O Pas de plaque O Plaque peu étendue O Plaque étendue

INDICE DE PLAQUE DE LOE ET SILNESS =

- **TARTRE**

O Pas de tartre O Tartre peu abondant O Tartre abondant O Tartre très abondant

INDICE DE TARTRE =

- **PRESENCE DE LESIONS MUQUEUSES type GINGIVITE**
  - o Oui o Non

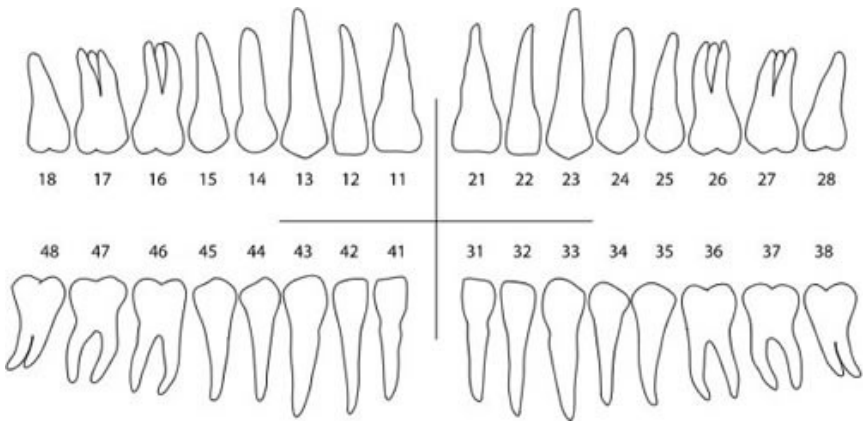
INDICE D'INFLAMMATION GINGIVALE DE SILNESS ET LOE =

- **PATHOLOGIES MUQUEUSES SPECIFIQUES type LESION (pré)CANCEREUSE**
  - o Oui o Non

2/ Etat dentaire

A : Absente / C : Carie / D : Débris radiculaire / Cc : Couronne/ O : obturée / M : Mobile

X : Absente et remplacée



Coefficient Masticateur = Indice CAO =

- **BESOINS EN SOINS**

a/Nombre d'extractions nécessaires (et localisation)

……..

b/Nombre dents à couronner (et localisation)

……..

c/ Nombre de dents nécessitant des soins conservateurs (et localisation)

…….

d/Besoin en détartrage

o Oui o Non

e/ Besoin de prothèse Adjointe

o Oui o Non

- **SI PRESENCE DE PROTHESE(S) ? REPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES**

  a/ Prothèses mobiles

  - Défectueuse o Non défectueuse

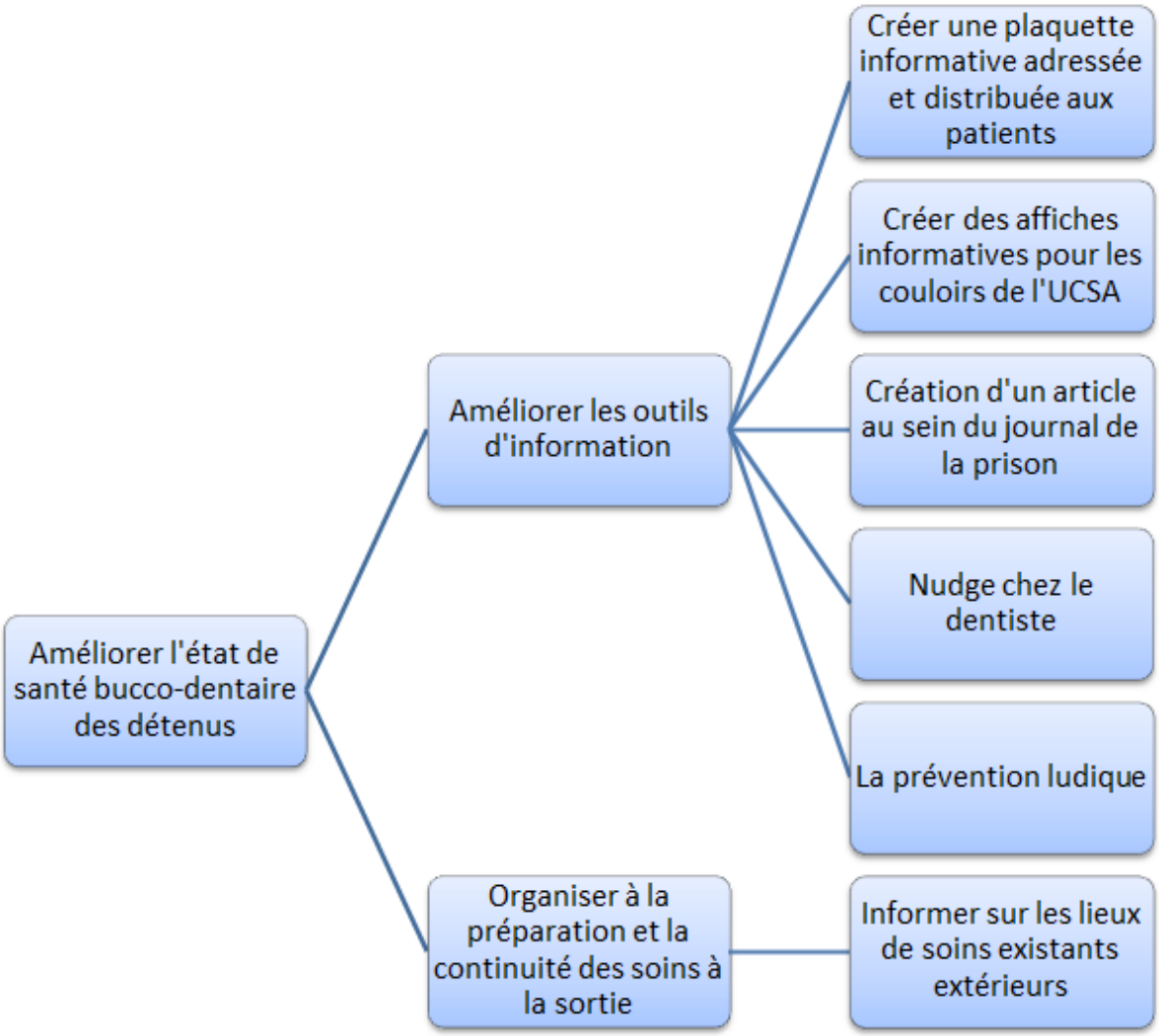
  b/ Prothèses fixes

  - Défectueuse o Non défectueuse

3/ Au cours des 3 derniers mois

- Avez-vous des difficultés pour mordre ou mastiquer certains aliments (viande ? pomme…) ?
  - Oui o Non
- Avez-vous des difficultés à avaler ?
  - Oui o Non
- Avez-vous eu mal aux dents ?
  - Oui o Non
- Avez-vous pris des médicaments pour une douleur dentaire ?
  - Oui o Non
- Avez-vous eu des problèmes de sécheresse buccale ?
  - Oui o Non

ANNEXE 3 : Arbre à objectifs



<u>ANNEXE 4:</u> Liste de vérification pour la planification de votre projet d'enseignement

❑ Identifiez votre clientèle cible.

❑ Formez une équipe interprofessionnelle de représentants de l'UCSA et du public. Il est conseillé d'impliquer un patient parmi les représentants.

❑ Déterminez les besoins d'apprentissage de votre clientèle cible: besoins déterminés par les patients eux-mêmes (groupes de discussion, entrevues auprès de patients) et ceux déterminés par les professionnels de la santé.

❑ Déterminez les objectifs d'apprentissage.

❑ Établissez un ordre de priorité dans vos objectifs d'apprentissage et déterminez comment vous allez les atteindre.

❑ Déterminez la façon dont vous allez transmettre votre message:

- **Documentation écrite** (brochure, feuillet, copie carbone ou photocopie pour le dossier des professionnels de la santé, page web, etc.)
- Baladodiffusion (« podcast »)
- DVD/Vidéocassette
- Affiche
- Apprentissage par ordinateur / en ligne
- Autre _____

❑ Décidez à quel moment le document sera distribué :

- Libre-service
- **Au cours de la première visite**
- Après la visite
- Au moment de la prise de décision
- Au moment du diagnostic
- Lorsqu'une nouvelle ordonnance est remise
- Avant ou après une intervention
- Autre _____

❑ Décidez de quelle façon le document sera distribué :

- Présentoir libre-service
- **Intégré à une trousse d'accueil ou de congé**
- **En complément à une discussion ou des directives lors d'une visite**
- Autre : _____

❑ Décidez de quelle façon vous allez promouvoir le document:

- Par le biais de la TV du centre de détention
- **Dans le journal « Mauz-Mag »**
- De bouche à oreille
- À la bibliothèque

- Aucune promotion

ANNEXE 5 : Estimation des besoins logistiques et financiers.

Réalisation du projet	Besoins humains	Besoins logistiques
Réunion avec l'UCSA	4 réunions de 1H	1 salle de réunion
Mise en place	Détenus rédacteurs du journal « Mauz-Mag »	1 salle de réunion, 1 ordinateur, 1 cabinet dentaire
Animation	1 enseignant	
Surveillance	1 personnel de surveillance pendant les réunions	
Rétroaction	10 nouveaux détenus pour évaluer la brochure	1 salle de réunion

ANNEXE 6 : Tableau de planification du projet.

	Juillet août 2015	Juillet 2016	Aout 2016	Septembre 2016	Octobre 2016	Novembre 2016	Décembre 2016
Analyse de la situation	•	•	•				
Comité de pilotage		•					
Réunion groupe projet		•	•			•	•
Enquête : questionnaires + examen buccodentaire		•	•				
Analyses statistiques				•	•		
Contact avec partenaires ARS/ IREPS/ Référent enseignant						•	•
Estimation des besoins humains et financiers						•	•
Lancement des objectifs opérationnels : mise en place des activités plaquettes/articles						•	•
Evaluation de l'action						•	•

<u>ANNEXE 7</u> : Journal de Bord sur le déroulement des séances pour la création de la plaquette

<u>1 ère séance : 1h30</u>

- Rencontre avec enseignante et rédacteur du Mauz – Mag au nombre de 6
- Présentation du projet ; le but ; dans quel cadre ; des objectifs
- Pourquoi je fais ça ? Pourquoi je les implique dedans ?
- Rappel de la page concernant soins dentaire dans « l'accueil des arrivants »
- Apport et discussions sur les différentes formes de préventions possibles
- Présentation de l'exemple de brochure, la maquette réalisée
- Présentation du questionnaire que certains connaissaient déjà et des résultats
- Présentation de différentes sortes de brochure. Analyse et lecture.
- Explication des différentes notions d'hygiène bucco-dentaire
- Questions/réponses/ Discussions avec les détenus
- Mise en lumière de différents problèmes inhérent à la prison : problème avec dentifrice mauvais ; problème de calcaire dans l'eau, sensation de peau sèche et sensation d'avoir plus de tartre que avant. Détenus non investi par la prévention de leur santé ; nombreux ne sont pas intéressé.
    - Exemple : 1er lundi du mois prévention sida, seulement 3 personnes présentes à l'intervention
- Explication des notions de littératie
- Présentation de jeux sur la prévention dentaire
- Explication de l'importance d'une séance de rétroaction avec un autre groupe de détenus lisant la plaquette une fois créé.
- Discussion autour de l'illettrisme en prison (25% de la pop selon eux) => Importance des images.

<u>Documents apportés : dans un classeur laissé à disposition des détenus afin qu'ils puissent le consulter</u>

- Guide de santé de Bordeaux avec carnet d'adresse donné par l'IREPS de BORDEAUX
- Questionnaire et Résultat
- Maquette d'une brochure (exemple)
- Exemple de divers brochure portant sur le tabac/ dent et diabète/ Brochure de l'UFSBD/ brochure de Fluocaryl/ Photo des dents des paquets de cigarette prise à l'IREPS de Bordeaux/ exemple d'image de brochure créer par la Maison d'arrêt de Coulaines
- Exemple de Jeux sur la prévention bucco – dentaire
- Principe de littératie
- Objectifs de la plaquette
- Explication de la CMU-C et ACS
- Journal de Mauz-Mag précèdent
- Explication sur le sujet de ma thèse
- Questionnaire de rétroaction
- Liste de vérification des éléments pour création d'un projet

- Livret d'accueil du détenu.

2ème séance : 2H

Recherche d'un titre et du sommaire

Analyse des illustrations et choix des plus incitatifs.

Documents apportés :

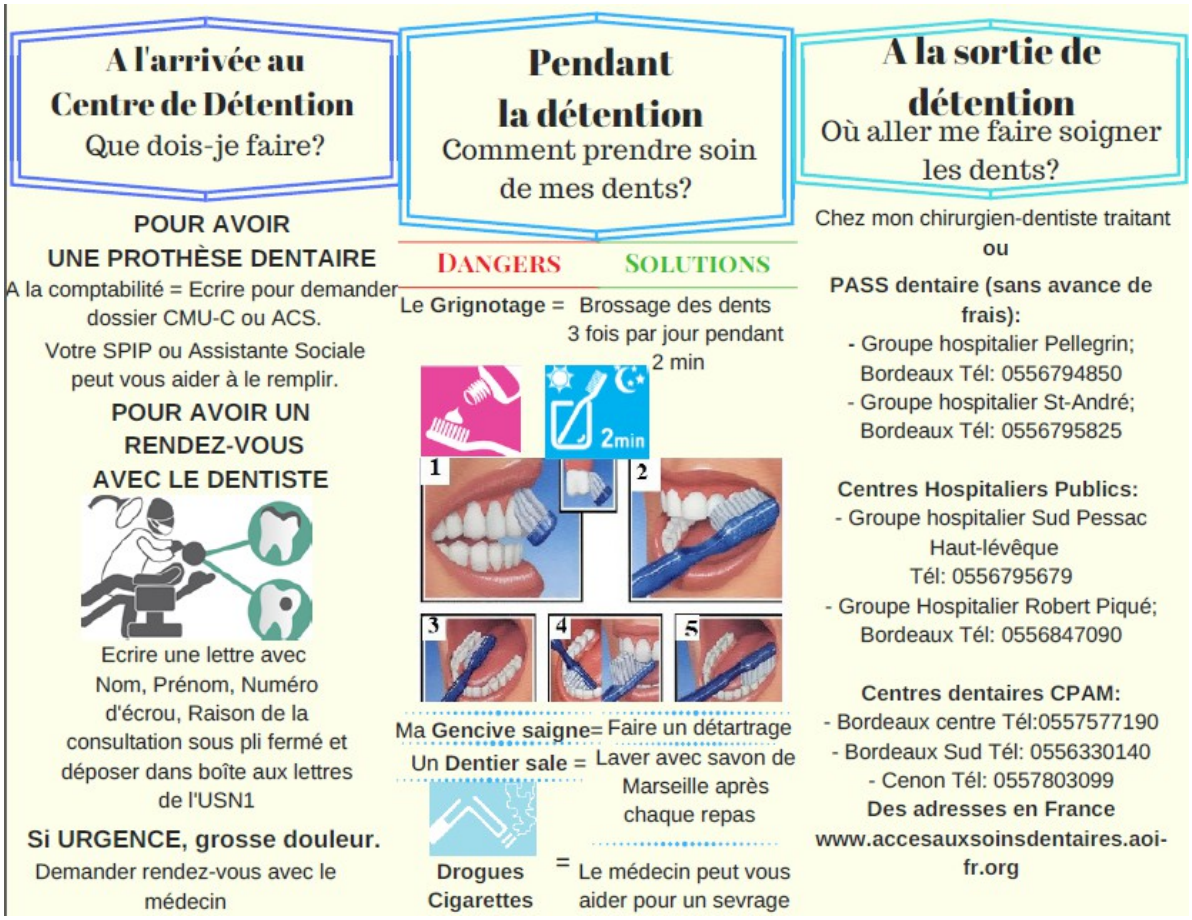
- Brochure de l'IREPS de Périgueux apporté par l'enseignante

3ème séance : 2H

- Recherche des mots clés.
- Réalisation de la maquette à présenter à un infographiste/imprimeur.

Recherche de structuration de la maquette pour être clair et présentable

<u>ANNEXE 8 :</u> Brochure crée avec l'aide des détenus



<u>ANNEXE 9 :</u> Procédure de rétroaction pour les documents d'enseignement aux patients

Pour évaluer vos propres documents d'enseignement, obtenez l'avis de 6 à 10 membres de votre public cible. Utilisez la version du document la plus proche possible de la version finale.

Que vous formiez un groupe de discussion ou distribuiez un questionnaire, demandez d'abord s'il y a quelque chose qui n'est pas clair dans le document. De cette façon, si quelque chose les préoccupe à propos du document, ils peuvent tout de suite exprimer leur opinion.

Votre but devrait être de déterminer si vos patients peuvent :

- **Comprendre les renseignements présentés :**

On entend ici les mots et les idées.

- **Trouver les renseignements qu'ils cherchent :**

Posez des questions à vos patients sur le document. Ce n'est pas un test de mémoire. Vous voulez qu'ils soient en mesure de parcourir le document et trouver facilement les réponses à vos questions.

- **Comprendre les illustrations / images :**

Demandez aux patients de décrire les images et s'ils trouvent ces graphiques utiles.

Si vous posez ce genre de questions, vous saurez rapidement où apporter des modifications et quelles précisions apporter à votre document. Rappelez-vous que les personnes ne réalisent souvent pas qu'elles ne comprennent pas quelque chose. Par ailleurs, elles n'aiment pas avouer qu'elles ne comprennent pas quelque chose. Vous devez chercher à le découvrir. Finalement, divisez votre document en sections et demandez à vos patients de le remettre en ordre comme on le ferait pour un casse-tête. Comment pensent-ils que le document devrait être structuré? Vous resterez stupéfait!

ANNEXE 10 : Exemple de questionnaire de rétroaction

Nous nous attardons à terminer la conception d'une brochure portant sur

« Mes dents c'est Ma santé ; Mes dents c'est Mon sourire. »

Nous aimerions connaître vos impressions et commentaires.

De quoi ce document traite-t-il? _____

Les renseignements qui y sont contenus vous sont-ils utiles? ❑ Oui ❑ Non

1. Veuillez lire la brochure et encercler les mots ou idées que vous ne comprenez pas bien.

2. Veuillez lire la brochure et nous dire si vous pouvez facilement repérer ces renseignements (Ce n'est pas un test de mémoire)

- Comment se brosser les dents ? _____

_____

- Comment me procurer une prothèse ? _____

_____

- Ou poursuivre les soins à la sortie de prison ?

_____

3. Veuillez lire la brochure / fiche et nous dire si vous pouvez facilement repérer ces directives « Les dangers de mes dents » :

_____

_____

_____

4. Y a-t'il des renseignements que vous jugez utiles mais que vous ne retrouvez pas dans la brochure ?

_____

_____

_____

Merci de votre aide!

Vu, le Président du Jury,

Date, Signature :

Vu, la Directrice de l'UFR des Sciences Odontologiques,

Date, Signature :

Vu, le Président de l'Université de Bordeaux,

Date, Signature

université de BORDEAUX

Collège des Sciences de la Santé

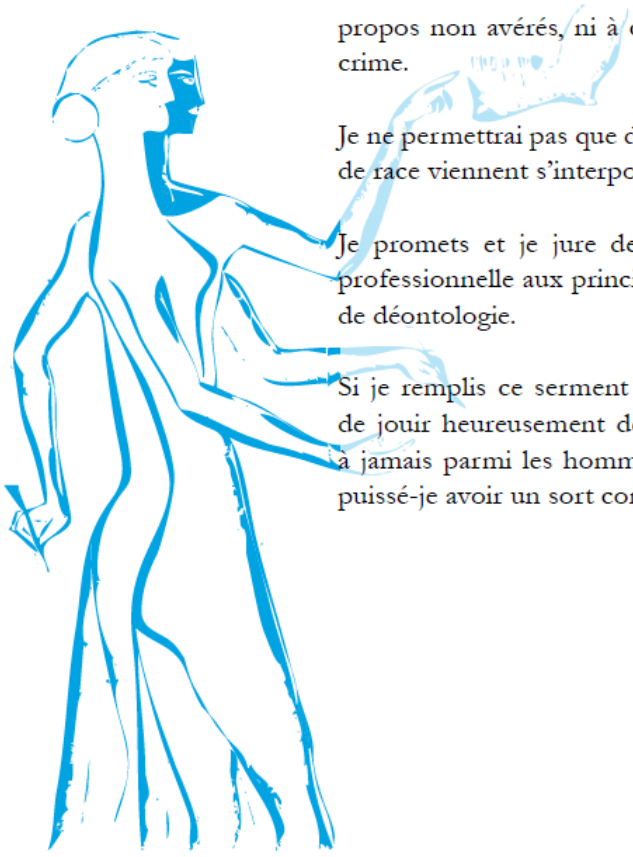
UFR des Sciences Odontologiques

Serment

En présence de mes Maîtres et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de l'art dentaire.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un honoraire au-dessus de mon travail. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Mes connaissances et mon état ne serviront ni à diffuser des propos non avérés, ni à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.



Je ne permettrai pas que des conditions de croyance, de nation et de race viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je promets et je jure de conformer strictement ma conduite professionnelle aux principes et aux règles prescrites par le code de déontologie.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honorée à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Thèse pour l'obtention du DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR en CHIRURGIE DENTAIRE 2017- N° 31

Discipline : Prévention épidémiologique

Promotion de la santé bucco-dentaire au centre de détention de Mauzac

Résumé : Suite à une analyse de la situation concernant la santé en milieu pénitentiaire, un manque d'information s'est fait ressentir auprès des détenus concernant la prise en charge de leur santé et son apprentissage, notamment bucco-dentaire, ainsi que de son impact positif sur une réinsertion sociale. Le projet rassemblait le personnel de l'UCSA de Mauzac et les détenus afin de créer un outil de prévention pour améliorer l'éducation de la santé bucco-dentaire. Un travail commun qui s'est fait avec l'aide du guide méthodologique dans le cadre de plan national de promotion de la santé en milieu carcéral. La stratégie d'intervention s'attachait à développer la démocratie participative et l'action communautaire en prenant appui sur les demandes et représentations du public auxquels elle s'adressait. Ce travail pluridisciplinaire a permis d'établir un état des lieux sur les soins bucco-dentaires et de réaliser une brochure informative destinée aux patients du centre afin de les inciter à être acteur de leur santé. Cependant, l'installation d'une situation pédagogique telle que celle-ci est ralentie par la lourdeur du système pénitencier, le manque de moyen, et par le trait saillant de l'être humain : l'homo consommatus.

Mots-clés : Prison ; Soin dentaire ; Prévention

Promotion of Oral Health in Mauzac detention center

Summary: Following an analysis of the health situation in prisons, there was a lack of information among prisoners regarding their health and learning, including oral health, and the positive impact On social reintegration. The project brought together the staff of the UCSA de Mauzac and the detainees to create a prevention tool to improve oral health education. A common work was carried out with the help of the methodological guide as part of the national plan to promote health in prisons. The intervention strategy focused on developing participatory democracy and community action, building on the demands and representations of the audience to which it was addressed. This multidisciplinary work made it possible to establish a state of affairs on the oral care and to produce an informative brochure intended for the patients of the center in order to encourage them to be an actor of their health. However, the installation of a pedagogical situation such as this one is slowed down by the cumbersome nature of the penitentiary system, the lack of means, the difficulty of apprehending health problems and the salient feature of the human being: 'Homo consumer.

Key- words : Prison ; Dental Care ; Promotion Health

Université de Bordeaux-Collège des Sciences de la Santé

UFR des Sciences Odontologiques

16-20 Cours de la Marne

33082 BORDEAUX CEDEX