



HAL
open science

Prise en charge odontologique du patient en prison : focus sur le projet pilote de la SAS des Baumettes

Guillaume Borel

► **To cite this version:**

Guillaume Borel. Prise en charge odontologique du patient en prison : focus sur le projet pilote de la SAS des Baumettes. Chirurgie. 2020. dumas-03192880

HAL Id: dumas-03192880

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03192880v1>

Submitted on 8 Apr 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

THESE

***POUR OBTENIR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE***

Présentée et publiquement soutenue devant la

Faculté d'Odontologie de Marseille
(Doyen : Monsieur le Professeur Bruno FOTI)

Aix-Marseille Université
(Président : Monsieur le Professeur Éric BERTON)

***Prise en charge odontologique du patient en prison :
focus sur le projet pilote de la SAS des Baumettes***

Présentée par

Guillaume BOREL

Né(e) le 23/03/1996

À Marseille

Thèse soutenue le **06/07/2020**

Devant le jury composé de

Président : Professeur RASKIN Anne

Assesseurs : Professeur TARDIVO Delphine

Docteur CATHERINE Jean-Hugues

Invité : Docteur BRUN Jean-Philippe

THESE

***POUR OBTENIR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE***

Présentée et publiquement soutenue devant la

Faculté d'Odontologie de Marseille
(Doyen : Monsieur le Professeur Bruno FOTI)

Aix-Marseille Université
(Président : Monsieur le Professeur Éric BERTON)

***Prise en charge odontologique du patient en prison :
focus sur le projet pilote de la SAS des Baumettes***

Présentée par

Guillaume BOREL

Né(e) le 23/03/1996

À *Marseille*

Thèse soutenue le **06/07/2020**

Devant le jury composé de

Président : Professeur RASKIN Anne

Assesseurs : Professeur TARDIVO Delphine

Docteur CATHERINE Jean-Hugues

Invité : Docteur BRUN Jean-Philippe

ADMINISTRATION

Mise à jour : mars 2020

Doyens Honoraires

Professeur	Raymond SANGIUOLO†
Professeur	Henry ZATTARA
Professeur	André SALVADORI
Professeur	Jacques DEJOU

Doyen Assesseurs

Professeur	Bruno FOTI
Professeur	Michel RUQUET
Professeur	Anne RASKIN

Directeurs de Départements

Formation Initiale	Professeur	Michel RUQUET
Recherche	Professeur	Anne RASKIN
Formation Continue	Professeur	Frédéric BUKIET

Charges de missions

Relations Internationales	Professeur	Hervé TASSERY
Internat et Diplômes d'études spécialisées	Professeur	Virginie MONNET-CORTI
Affaires générales	Docteur	Patrick TAVITIAN

Responsable des Services Administratifs et Techniques

Madame	Katia LEONI
--------	-------------

LISTE DES ENSEIGNANTS

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DES CSERD

BUKIET Frédéric (58-01)
FOTI Bruno (56-02)
MONNET-CORTI Virginie (57-01)
ORTHLIEB Jean-Daniel (58-01)
RASKIN Anne (58-01)
RUQUET Michel (58-01)
TARDIEU Corinne (56-01)
TARDIVO Delphine (56-02)
TASSERY Hervé (58-01)

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ABOUT Imad (65)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DES CSERD

ABOUDHARAM Gérard (58-01)	LAURENT Michel (58-01)
BANDON Daniel (56-01)	LAURENT Patrick (57-01)
BELLONI Didier (57-01)	LE GALL Michel (56-01)
BOHAR Jacques (56-01)	MAILLE Gérald (58-01)
CAMOIN Ariane (56-01)	PHILIP-ALLIEZ Camille (56-01)
CAMPANA Fabrice (57-01)	POMMEL Ludovic (58-01)
CATHERINE Jean-Hugues (57-01)	PRECKEL Bernard-Éric (58-01)
GAUBERT Jacques (56-01)	RÉ Jean-Philippe (58-01)
GIRAUD Thomas (58-01)	ROCHE-POGGI Philippe (57-01)
GIRAUDEAU Anne (58-01)	STEPHAN Grégory (58-01)
GUIVARC'H Maud (58-01)	TAVITIAN Patrick (58-01)
JACQUOT Bruno (58-01)	TERRER Elodie (58-01)
LABORDE Gilles (58-01)	TOSELLO Alain (58-01)
LAN Romain (57-01)	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES ASSOCIES

BLANCHET Isabelle (56-01)
MENSE Chloé (58-01)

ASSISTANTS HOSPITALIERS ET UNIVERSITAIRES

AL AZAWI Hala (56-01)	HAHN-GOLETTI Larissa (58-01)
ANTEZACK Angeline (57-01)	LIOTARD Alica (58-01)
ARNIER Canelle (56-01)	MANSUY Charlotte (58-01)
BACHET-DORISON Damienne (56-01)	MARTIN William (56-01)
BALLESTER Benoît (58-01)	MATTERA Rémi (56-01)
CAMBON Isabelle (56-01)	MELLOUL Sébastien (57-01)
CASAZZA Estelle (56-01)	PARFU Anne (58-01)
CASTRO Romain (57-01)	PASCHEL Laura (58-01)
DAVID Laura (56-01)	PILLIOL Virginie (58-01)
DEVICTOR Alix (58-01)	REPETTO Andréa (58-01)
DODDS Mélina (58-01)	ROMANET Yvan (57-01)
DRAUSSIN Thierry (56-02)	SANTUNIONE Charlotte (58-01)
DUMAS Cathy (57-01)	SILVESTRI Frédéric (58-01)
HADJ-SAID Mehdi (57-01)	VINAÏ Michael (56-01)

ASSISTANTS DES UNIVERSITES ASSOCIES

HOUVENAEGHEL Brice (57-01)
LE FOURNIS Chloé (57-01)

Intitulés des sections CNU :

- 56^{ème} section : Développement, croissance et prévention
 - 56-01 Odontologie pédiatrique et orthopédie dento-faciale
 - 56-02 : Prévention – Epidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale
- 57^{ème} section : Chirurgie orale ; Parodontologie ; Biologie Orale
 - 57-01 : Chirurgie orale – Parodontologie – Biologie orale
- 58^{ème} section : Réhabilitation orale
 - 58-01 : Dentisterie restauratrice – Endodontie – Prothèses – Fonction-Dysfonction – Imagerie – Biomatériaux

L'auteur s'engage à respecter les droits des tiers, et notamment les droits de propriété intellectuelle. Dans l'hypothèse où la thèse comporterait des éléments protégés par un droit quelconque, l'auteur doit solliciter les autorisations nécessaires à leur utilisation, leur reproduction et leur représentation auprès du ou des titulaires des droits. L'auteur est responsable du contenu de sa thèse. Il garantit l'Université contre tout recours. Elle ne pourra en aucun cas être tenue responsable de l'atteinte aux droits d'un tiers

À Madame la Professeure Anne « Chef » RASKIN,

Merci de me faire le grand honneur de présider ce jury. Vous représentez la confiance et l'équité, pour vos patients comme avec vos étudiants. Grand merci pour la patience, le tact et la disponibilité dont vous faites preuve avec l'ensemble des praticiens en herbe de passage dans votre service. Exception faite évidemment pour le cadeau semestriel dont vous m'avez fait don avec Dr CORSAINT.

Merci enfin de l'apport dans notre formation que représentent les soins spécifiques, que ce soit dans la réflexion autour de la prise en charge comme dans l'humanité que nécessite l'accueil de patients vulnérables.

J'espère sincèrement que l'installation au pavillon saura répondre à vos attentes. Vos patients – qui ont brièvement été les nôtres – et votre bienveillance nietzschéenne méritent qu'il ne soit autrement.

À Madame la Professeure Delphine TARDIVO,

Merci d'avoir accueilli ma demande en début d'année, proposé que je contacte Jean-Philippe pour démarrer ce travail et accepté spontanément de le diriger. Merci d'être restée aussi disponible et réactive à mes questionnements tout le long de l'année et pour l'organisation de cette soutenance. Vous avez répondu parfaitement à mes sollicitations.

Recevez ma profonde gratitude pour la gentillesse avec laquelle vous m'avez accompagné cette année et vos qualités d'enseignante tout le long de mon cursus.

À Monsieur le Docteur Jean-Hugues CATHERINE,

*Merci de me faire l'honneur de participer à ce jury de thèse.
Votre accueil au stage hivernal de 2^{ème} année dont vous vous occupiez restera mon
premier souvenir clinicien.
Veuillez trouver en ce travail le témoignage de mon respect & de ma profonde
estime.*

À Monsieur le Docteur Jean-Philippe BRUN,

Merci pour mille choses. Tu as été incroyablement disponible et bienveillant tout le long de nos échanges.

Merci d'avoir participé à l'ouverture de ma vision de notre art autant par nos conversations que du fait de m'avoir impliqué dans ce projet, au même titre que toute l'équipe de la SAS.

Dans des jours où beaucoup d'entre nous sortons de la faculté avec en tête la course à la technique, la dentisterie – et la médecine – d'utilité publique pratiquée en milieu pénitentiaire rappelle que le plus important c'est le patient et le service rendu. C'est sans démagogie que je peux dire qu'à ton contact et grâce à ce travail mon serment d'Hippocrate prend une autre dimension.

Merci de m'avoir accueilli chez toi et présenté à ta famille. Sois sûr que je me sens vraiment chanceux d'avoir été encadré avec une telle proximité et j'espère avoir été à la hauteur.

J'espère avoir l'opportunité de collaborer avec toi de nouveau et prendrai un immense plaisir à conserver le contact.

Je remercie le **Pr Virginie MONNET-CORTI** pour l'exigence et la passion que vous transmettez dans votre apprentissage. Vos compétences et la rigueur nécessaire pour travailler à vos côtés représentent un enseignement inégalable.

Je remercie le **Dr Daniel BANDON** pour m'avoir fait confiance, considéré et m'avoir mis le pied à l'étrier dans le monde libéral. Vous êtes un vrai modèle par vos engagements et la confiance absolue qu'ont vos patients en vos soins.

Merci à l'ensemble de l'équipe enseignante de la Faculté d'Odontologie de Marseille qui permet aux étudiants qui s'en donnent la peine d'accéder à une formation complète et pointue. Merci également pour la gestion clinique de l'épisode COVID19 et la continuité pédagogique mise en place durant cette période particulière.

Merci à l'équipe administrative et aux aide-dentaires du pavillon qui découvrent 80 trublions chaque année et nous supportent dans nos bons et mauvais côtés.

*Merci à **Sandrine « l'artiste »**, un repère et une aide inestimable pour tout étudiant perdu. Merci pour les stylos que je t'ai subtilisés, tous les services que tu m'as rendu en urgence, les « sessions appel » de mutuelles et le sourire que tu conserves toujours.*

Merci à l'équipe de la SAS et au Dr Olivier BAGNIS pour m'avoir accueilli dans leur structure et au sein de leur ambitieux projet.

1^{ère} PARTIE : LÉGISLATION & SPÉCIFICITÉS DE LA PRISE EN CHARGE ODONTOLOGIQUE EN MILIEU PENITENTIAIRE

Avant-propos

- I) L'odontologie en milieu pénitentiaire : état des lieux**
- A) Contexte législatif de la santé en situation pénitentiaire**
 - a) Échelle mondiale
 - b) Échelle européenne
 - c) Échelle française
 - B) Synthèse de la littérature sur l'odontologie en milieu pénitentiaire – Études**
 - a) Répertoire littéraire
 - b) Comparabilité des études françaises et internationales
 - c) Conclusions des études sanitaires et odontologiques en milieu pénitencier
 - d) Principaux biais et contraintes des études
- II) Spécificités du patient détenu et conséquences dans sa prise en charge médico-sociale et odontologique**
- A) Spécificités sociales & sociétales**
 - a) Précarité de la population pénitentiaire
 - b) Pauvreté, Précarité, Santé & Incarcération
 - B) Spécificités psychologiques et comportementales**
 - a) Spécificités psychologiques & psychiatriques
 - b) Spécificités comportementales
 - i. *Les addictions*
 - ii. *Comportements bucco-dentaires et santé orale en détention*
 - C) Spécificités d'état de santé général**
 - a) Pathologies infectieuses
 - b) Pathologies chroniques
- III) Spécificités du mode d'exercice**
- A) Exercice de l'odontologie en milieu pénitentiaire**
 - a) Offre, demande et accès aux soins
 - i. *Accès aux soins, moyens humains et logistiques*
 - ii. *Examen bucco-dentaire des entrants*
 - iii. *Barrières à la prise en charge spécifiques*
 - b) Exercice odontologique en milieu pénitentiaire
 - i. *Activité du praticien*
 - ii. *Conditions de travail & rapports à la profession*
 - B) Ethique, qualité et continuité de la prise en charge**
 - i. *Secret médical en milieu pénitentiaire*
 - ii. *Continuité des soins*
 - iii. *Qualité des soins et prise en charge*
 - iv. *Relation de soins*
 - v. *Actions de prévention et préparation à la sortie*

2^{ème} PARTIE : Structures d'accompagnement à la sortie (SAS) des Baumettes : D'UNE REHABILITATION MEDICO-DENTAIRE À UNE REINTEGRATION SOCIALE

- I) Prise en charge odontologique à la maison d'arrêt des Baumettes**
 - A) Organisation de l'UCSA des Baumettes & parcours sanitaire classique en milieu fermé**
 - a) Réception des arrivants & détenus à l'UCSA
 - b) Activité de l'UCSA & évolution depuis 2014
 - c) Orientations dans la prise en charge & rôles dans l'équipe soignante
 - B) Rôle du chirurgien-dentiste & limites des outils odontologiques existants**

- II) Structure d'accompagnement à la sortie (SAS) : un changement de paradigme pénitentiaire**
 - A) Essoufflement du système carcéral français et réforme pénitentiaire**
 - B) La SAS des Baumettes : une structure pilote**
 - C) Accompagnement médical, social et odontologique**
 - a) Projet initial & parcours de soin – *Modèle pré-COVID19*
 - b) Activité, évaluation & perspectives dans la prise en charge
 - c) Education et promotion de la santé
 - D) Evaluation du projet – Remise en question – Pistes d'améliorations**
 - E) Rôle du chirurgien-dentiste à la SAS des Baumettes**

3^{ème} PARTIE : EPIDEMIOLOGIE DE LA POPULATION DE LA SAS & IMPACT DU CANNABIS SUR LES DETERMINANTS BUCCO-DENTAIRES

- A) Objectifs**
- B) Matériels & Méthodes**
- C) Choix des déterminants addictologiques et bucco-dentaire**
 - 1) Déterminants généraux
 - 2) Déterminants addictologiques & bucco-dentaires
- D) Résultats**
 - 1) Généralités – Structure d'âge et prise en charge par l'équipe
 - 2) Données addictologiques
 - 3) Données géographiques – sociodémographiques
 - 4) Données bucco-dentaires
 - 5) Comparaison des déterminants dentaires en fonction de l'exposition au cannabis – Étude de cohorte
 - 6) Comparaison à des données populationnelles/à la littérature
- E) Discussions**

Conclusion

Avant-propos

La prison, et, par extension, le milieu pénitentiaire suscite les passions. Sujet de débat, les réformes pénitentiaires ont souvent été politisées au service de la communication des gouvernements en place. Un premier souhaite que l'on durcisse les peines et s'insurge que les détenus aient accès à la télévision. Un autre sera taxé de laxisme en recherchant des alternatives à l'incarcération sèche. Tous deux utilisent des concepts sans maîtriser forcément tenants et aboutissants.

Si *Victor Brombert* écrit en 1975 « La prison est un scandale. La prison fait rêver. », c'est avant tout pour décrire que le milieu carcéral fait naître fantasmes et fictions dans l'esprit du tout commun, tendant à l'assimilation manichéenne « libre = bon » et « prison = mauvais ».

Mais n'est pas Charles Manson ou Jacques Mesrine qui veut. Cette romantisation des établissements pénitentiaires n'est pas sans conséquences et véhicule une vision déformée de la réalité des hommes et des femmes qui y habitent ou y travaillent.

Dans un contexte où le racisme dans la société française défraie la chronique, très peu font en revanche cas de la réinsertion sociale des ex-détenus.

Ce rejet sociétal peut également marginaliser les professionnels de santé, qui, à l'heure d'une médecine et d'une dentisterie se fascinant pour le progrès technique, rationalisent leur exercice dans une réalité qui n'est pas celle des libéraux.

Cette présente thèse cherchera à discuter des réalités législatives, administratives et éthiques qui entourent la santé des détenus en France puis plus spécifiquement dans la maison d'arrêt des Baumettes.

Sujet bien documenté sur les aspects addictologiques et psychiatriques, la santé bucco-dentaire est en revanche très peu source d'étude sur les populations en détention.

Nous expliciterons, pour le chirurgien-dentiste, les spécificités liées au mode d'exercice et de dresserons les caractéristiques d'une patientèle singulière. Ainsi, nous définirons le rôle du praticien dans l'établissement pénitentiaire, tant au niveau de l'activité au fauteuil que dans l'articulation de la stratégie sanitaire.

Ces recherches nous amèneront à la Structure d'Accompagnement à la Sortie (SAS) des Baumettes, qui expérimente une nouvelle vision des parcours sanitaires en milieu fermé.

Après présentation des fonctions, enjeux et objectifs, nous discuterons de la population de la structure et des orientations en termes d'action d'éducation à la santé.

Nous tenterons enfin, à travers la littérature et notre étude, de distinguer les déterminants pouvant expliquer nos constatations en matière de santé bucco-dentaire et d'atteinte carieuse et/ou parodontale.

1^{ère} PARTIE : LÉGISLATION et SPÉCIFICITÉS DE LA PRISE EN CHARGE ODONTOLOGIQUE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

I) L'odontologie en milieu pénitentiaire : état des lieux

A) Contexte législatif de la santé en situation pénitentiaire

a) Échelle mondiale

- i. **Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH)¹**
- ii. **L'ensemble de règles minima pour le traitement des détenus**, institué par le premier Congrès des Nations unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants, à Genève en 1955.
- iii. **Programme HIPP (OMS)²** : En 1995, l'OMS crée le HIPP, programme destiné à épauler les états membres concernant l'organisation de la santé en contexte pénitentiaire et plus globalement, les problématiques de santé publiques à l'échelle nationale et internationale.
- iv. **Déclaration internationale de Tokyo (1975)** : Adoptée par l'assemblée médicale mondiale et « à l'intention des médecins en ce qui concerne la torture et autres peines ou traitements cruels »³. Elle insiste sur les notions d'indépendance médicale, d'alimentation sous contrainte et encadre le comportement du soignant dans une situation de détention.
- v. **Promotion de la santé : la charte d'OTTAWA⁴**

b) Échelle européenne

- La **charte sociale européenne**, éditée en 1961 puis révisée en 1996, est la convention relative aux droits sociaux fondamentaux de l'homme.
- En **1987**, après visites par des officiels européens de structures pénitentiaires dans l'ensemble du CE, est créé le **Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT)**.
- Les **recommandations du conseil des ministres de l'Europe (1998)** édictent des « conseils éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu carcéral ».
- Les **règles pénitentiaires européennes** éditées en 2006, faisant suite aux recommandations de 2004, fixent le cadre législatif actuel dans les établissements pénitentiaires européens et évoquent l'éventuelle création d'un observatoire européen des prisons.

c) À l'échelle de la France

- i. **La constitution française de 1946**
- ii. **Code de déontologie** du Chirurgien-Dentiste, dans le cas échéant, qui rappelle notamment le devoir de conscience, de qualité des soins et de respect du secret médical.
- iii. La **loi du 18 janvier 1994** relative à la santé publique et à la protection sociale structure la législation sanitaire en contexte pénitencier⁵.
- iv. **Loi du 4 mars 2002 et Code de santé publique (KOUCHNER)** qui explicite notamment les grands principes de consentement libre et éclairé ainsi que de l'information du malade de la part du praticien⁶.
- v. **Loi Pénitentiaire de 2009** ayant notamment pour but de garantir ou d'élargir certains droits aux détenus et que le développement d'alternatives à la détention provisoire et aux aménagements de peines.
- vi. **Plan d'actions stratégiques 2010-2014** relatif à la politique de santé pour les personnes sous-main de la justice⁷
- vii. **Instruction de 2011 relative à la « réalisation d'un examen bucco-dentaire à l'arrivée des personnes détenues et à la réduction du risque infectieux des soins dentaires »**
- viii. **Instruction de 2017 relative « à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de la justice »**
- ix. **Loi de réforme pénitentiaire de 2019** de programmation 2018-2022.

Quand certains textes et conventions ne sont que consultatifs (HIPP, Tokyo...), d'autres sont la loi en vigueur dans les espaces européens signataires (RPE) ou sur le territoire national par les différentes lois et instructions successives depuis 1994. (**Tableau n°1**)

B) Synthèse de la littérature sur l'odontologie en milieu pénitentiaire – Études

a) Répertoire littéraire

Selon la base de données ScienceDirect « Scopus », qui inclut la base pubmed, on retrouve environ 40 000 résultats d'articles traitant de la problématique pénitentiaire au sens large ces 20 dernières années dans le monde. C'est un sujet peu documenté. (**Tableau n°2**)

En 2014, l'Institut de veille sanitaire publie une synthèse bibliographique qui passe en revue 5000 articles français et étrangers pour mettre en évidence les domaines les plus documentés des domaines « exploratoires »⁸. On retrouve une très grande disparité dans la documentation des thématiques :

- Très documentés : Addictologie, Santé mentale, Mortalité
- Documentés : Cancers, Handicap, Maladies chroniques
- Peu documentés : Dermatologie, Gastro-entérologie, Traumatologie, Santé bucco-dentaire

⇒ Micro-étude : Etat des lieux bibliographiques sur l'année 2019 (Tableau n°3)

En reprenant la méthodologie de l'IVS on recherche sur ScienceDirect, sur l'année 2019 un ensemble de 2191 articles suite à la recherche, dont 840 concernant les problématiques de santé⁸.

Les chiffres obtenus ici confirment la présence de sujets très documentés dont notamment l'addictologie et la psychiatrie, tandis que d'autres sujets, dont la santé bucco-dentaire, sont l'objet d'une quantité bien plus faible de travaux.

b) Comparabilité des études françaises et internationales

Les données relatives à la santé en prison étant peu nombreuses, il n'est pas possible de se restreindre aux articles français/francophones. On s'intéressera donc également à des études publiées dans des pays dont les résultats seraient transposables à la France, en s'intéressant à des critères sociodémographiques⁹, sanitaires¹⁰ et carcéraux¹¹. (**Tableau n°4**)

On conservera pour le présent travail les études réalisées dans les pays suivants :

- Europe : R-U, Suisse, Danemark, Italie, Norvège, Suède, Belgique, Allemagne, Hollande
- Amérique du Nord : Canada, Etats-Unis
- Océanie : Australie, Nouvelle-Zélande

c) Conclusions des études sanitaires et odontologiques en milieu pénitencier

- ✓ Les enquêtes réalisées mettent prioritairement en lumière une forte consommation de toxiques en milieu pénitentiaire. Le tabac, dont la prévalence oscille selon les études entre 70% et 80%, représente la principale consommation addictive^{12,13}. Le cannabis est le produit stupéfiant le plus consommé.
- ✓ La santé mentale des détenus est également un sujet documenté. Les troubles mentaux sont surreprésentés et le recours aux soins est 10 fois plus élevé que dans la population¹³.
- ✓ Un grand nombre de détenus souffrent également de déficiences ou sont en situation de handicap¹⁵.
- ✓ La prévalence de nombreuses pathologies infectieuses (hépatite B^{12,17}, C¹⁶, VIH^{16,17}), respiratoires (tuberculose¹⁸), neurologiques ou encore des cancers est élevée par rapport à la population générale.
- ✓ Le contexte socio-économique, est majoritairement compliqué, avec un niveau d'éducation et un taux d'alphabétisation faible. Cette situation induit un faible recours aux soins, à l'hygiène et aux actions de prévention.

- ✓ Les études concernant la santé bucco-dentaire des détenus en France restent sporadiques mais décrivent unanimement un état dentaire très altéré des personnes détenues. La HAS (2010) caractérise la population pénitentiaire comme à haut risque de maladie carieuse¹⁹. Les mêmes problèmes sont constatés dans d'autres pays comparables comme l'Irlande²⁰, le Royaume-Uni²¹, le Brésil²², les Etats-Unis et plus globalement par l'OMS²³.

d) Principaux biais et contraintes des études

- ✓ **Type d'étude et suivi des patients** : Objectifs des études et incertitude du contexte de détention font que l'on retrouve peu/pas d'enquêtes longitudinales et à fort niveau de preuve.
- ✓ **Enquêtes multicentriques ?** La majorité des études réalisées sont monocentriques. Les enquêtes nationales HAS/DGS sont issues de data et non d'une étude coordonnée par un investigateur.
- ✓ **Biais de sélection** : Conséquence de leur faible représentation dans le spectre carcéral, certaines minorités (femmes, mineurs, seniors) sont variablement incluses dans les enquêtes.
- ✓ **Informations déclaratives** : Les informations relevées hors examens cliniques et paracliniques sont déclaratives. C'est le cas des données relatives à la consommation de toxiques.
- ✓ **Subjectivité des critères et de l'investigateur et biais de classement** : Certains critères relevant de la santé orale peuvent faire objet d'interprétation du praticien réalisant l'examen. De plus, la plupart des enquêtes ne mentionnent pas le nombre et le titre du ou des examinateurs.
- ✓ **Biais de confusion et sophisme** : C'est l'ensemble des conduites à risques et la réalité socio-économique compliquée des détenus qui explique la dégradation orale et non l'incarcération.

II) Spécificités du patient détenu conditionnant la prise en charge odontologique

A) Spécificités sociales et précarité de la population pénitentiaire

L'OMS, en 2014, évoque le risque d'être incarcéré comme une situation multifactorielle²³ : « chômage, manque d'éducation, difficultés d'apprentissage, manque de stabilité... ».

➤ **Situation socio-économique**

Selon Bourgoin, relayé dans l'ouvrage « Sociologie de la prison » de Philippe Combessie²⁴, les classes ouvrières représentent plus de 60% des détenus, contre 19,5% (ouvriers et anciens ouvriers) dans la population générale selon l'INSEE en 2019²⁵. A contrario, les « cadres et professions intellectuellement supérieures », qui représentent 14,1% (actifs et inactifs) de la population, ne composent que 2,6% des personnes détenues. Les catégories professionnelles les plus criminalisées sont également celles où on retrouve un indice de mortalité supérieur à la moyenne.

Le constat, bien que plus contrasté, s'étend pour les personnes sous-main de justice non-détenues. Dès 2000, un rapport du Sénat, repris par Folliguet, relève que la plupart des personnes détenues présentent une situation précaire à l'entrée en détention¹³. Selon Gautron, les facteurs de précarité augmentent la probabilité d'une procédure plus lourde et d'une mise en détention provisoire²⁶.

➤ **Niveau d'éducation et diplômes**

L'estimation du niveau d'éducation, évalué en 2014, révèle²⁴ que 11% des détenus sont en situation d'illettrisme (7% dans la population), tandis que 43,4% ne possèdent aucun diplôme et 76,2% ne dépassent pas le niveau CAP. L'INSEE estime en 2015 qu'un citoyen français « sans diplôme ou niveau CEP » présente un taux de pauvreté doublé par rapport à un individu titulaire de diplômes, et que cette catégorie représente 33,2% de la population pauvre pour 10,6% de la population générale.

➤ **Histoire familiale**

Les parents des personnes incarcérées sont 2 fois plus nés hors de France que pour un individu de la population générale, parlent 6 fois moins le français à la maison « aux 5 ans de l'enfant »²⁴.

En 1999, 31,2% des détenus sont issus d'une fratrie de sept enfants ou plus, contre seulement à peine plus d'un français « libre » sur dix. Les prisons françaises présentent une surreprésentation de détenus étrangers. La barrière de la langue, l'absence de relations sociales et une incarcération imprévue aggravent la détresse psycho-sociale.

➤ Pauvreté, Précarité et Santé

Selon Blanpain en 2016, les personnes en situation de pauvreté ont une plus faible espérance de vie. Cette précarité est souvent synonyme de faible recours aux soins et d'une situation sanitaire dégradée. La précarité, de plus, peut elle-même être la conséquence de situations pathologiques et sociales décrivant un « problème de suivi et de marginalisation par rapport au système de soins »²⁷. On retrouve ainsi une corrélation entre les déterminants socio-économiques et un accès plus rare, plus tardif et plus urgent au système de soins et à la prévention médicalisée²⁸.

Plus la population est défavorisée, plus elle a recours aux consultations hospitalières et hospitalisations²⁹ et moins elle a recours à des consultations généralistes ou spécialisées³⁰.

➤ Couverture sociale et droits du patient

Les personnes détenues sont souvent en méconnaissance de leurs droits sociaux. En 2003, 13,6% des entrants en détention déclarent ne pas avoir de protection sociale¹². Beaucoup ne profitent pas des possibilités sociales dont ils peuvent bénéficier. L'isolement social, la peur de l'administratif et des barrières de langue peuvent être des explications avancées à ces données.

Cette situation est retrouvée chez d'autres profils malgré l'existence de dispositifs comme la CMU(C), l'AME et l'ACS/CSS qui offrent une couverture médicale.

➤ Précarité et santé bucco-dentaire

La HAS place les populations « en situation socio-économique défavorisée », « migrantes », « carcérale », « pathologies chroniques et/ou à risque », « âgées dépendantes » et « handicapées », à risque élevé de carie et de manque d'hygiène¹⁹. Le recours aux soins conservateurs est significativement plus faible dans une population défavorisée à l'inverse des extractions qui sont plus nombreuses³⁰. Azogui-Levy décrit chez son groupe « population précaire » davantage de dents absentes non remplacées, une hygiène dégradée et une inflammation gingivale plus importante³¹.

B) Spécificités psychologiques et comportementales

a) Spécificités psychologiques et psychiatriques

Comme vu précédemment, la santé mentale des détenus est au centre de la prise en charge médicale et sujet de nombreuses études. Celles-ci s'accordent sur le fait que les pathologies psychiatriques ont une prévalence plus élevée dans la population pénitentiaire, et ce malgré l'hétérogénéité des méthodes et la diversité des contextes d'incarcération des structures/pays³². **(Tableau n°5)**

Les structures pénitentiaires françaises centrent leur prise en charge sur les soins psychiatriques par l'intermédiaire des Service Médico-Psychologique Régional (SMPR). La prise en charge en structure pénitentiaire est essentiellement ambulatoire et le traitement médicamenteux.

La population pénitentiaire est considérée un miroir du sous-diagnostic des pathologies psychiatriques dans la population. Si un entrant sur deux est orienté vers les services du SMPR, seulement un sur cinq a déjà été suivi en service psychiatrique.

On retrouve également une surreprésentation des suicides en prison³³.

Conséquences dans la prise en charge bucco-dentaire

<i>Conséquences de la pathologie – liste non-exhaustive</i>	<i>Conséquences médicamenteuses – liste non-exhaustive</i>
<ul style="list-style-type: none">• Manque d'habitudes d'hygiène et alimentaires• Augmentation des comportements à risque• Dysfonctions temporo-mandibulaires• Stomatodynies• Altération de la perception des douleurs• Mouvements involontaires de la bouche	<ul style="list-style-type: none">• Hyposialie et Xérostomie• <i>Augmentation du risque de maladie parodontale</i>• Altération du goût• Ulcérations et lésions dermatologiques• Sialadénites

- L'examen clinique doit ainsi être rigoureux, notamment au niveau des tissus mous et parodontaux. La très forte prévalence des facteurs de risque de cancers oraux conforte cette nécessité.
- La prise en charge de l'hyposialie doit être un élément clé qui favorisera la baisse du risque carieux et un meilleur confort buccal.
- Il n'y a pas d'actes bucco-dentaires contre-indiqués par la situation médicale.
- Le traitement du patient doit être identifié, certaines classes de médicaments pouvant avoir de l'influence sur les actes opératoires.

b) Spécificités comportementales

i. Addictions aux toxiques

Les comportements addictifs sont un véritable fléau en environnement pénitentiaire. Sujet particulièrement documenté, les études sont méthodologiquement peu transposables.

En 2003, la seule étude réalisée à l'échelle nationale par la DRESS, 31 % des entrants rapportent un excès dans leur consommation d'alcool, 33 % une prise régulière et prolongée de drogues illégales au cours de l'année précédant l'incarcération¹³. Plus d'un individu sur dix déclare une polytoxicomanie. La situation française est comparable aux données recueillies à l'international⁸.

Le tabagisme est le premier comportement addictif retrouvé en milieu pénitentiaire. Environ 80% des détenus se déclarent fumeurs, avec parmi eux une grande majorité de moyens et gros consommateurs, contre 26,9% chez les 18-75 ans dans l'ensemble de la population, selon Santé publique France^{8,12,13}. L'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies fait état en 2019 des études françaises^{12,34,35} traitant de la consommation de drogues avant et pendant la détention. Le premier stupéfiant est le cannabis, dont la consommation est très supérieure à celles de la cocaïne, crack, héroïne, etc. Les médicaments, détournés ou non, représentent également un comportement addictif répandu.

Conséquences sur la prise en charge bucco-dentaire

Le chirurgien-dentiste doit être vigilant sur le dépistage des conséquences possibles de ces addictions sur la santé générale, ainsi que les conséquences médico-sociales de la prise. Il doit également être un acteur actif dans la motivation à l'arrêt de la consommation et la prise en charge du sevrage.

Conséquences orales et bucco-dentaires – liste non-exhaustive	
Alcool	<ul style="list-style-type: none"> • Xérostomie – Hyposialie • Halitose³⁶ – Cacosmie • Facteur de risque dans les <i>maladies parodontales</i>³⁷ • Facteur de risque dans les <i>cancers oraux</i>³⁷
Tabac	<ul style="list-style-type: none"> • Xérostomie – Hyposialie • Halitose – Cacosmie³⁶ • Facteur de risque dans les maladies parodontales³⁸ • <i>Lésions dermatologiques</i> : Mélanoses ; Lichen plan ; lésions linguales ; lésions palatines (<i>pipe</i>) ; Leucoplasies orales ; Mycoses • Diminution du <i>potentiel de cicatrisation</i> et augmentation des <i>complications post-opératoires</i> • Premier facteur de risque dans les cancers oraux³⁸
Cannabis	<ul style="list-style-type: none"> • Xérostomie – Hyposialie • Facteur de risque dans les maladies parodontales et d'hyperplasie gingivale • <i>Lésions dermatologiques comparables à celles du tabac</i> et facteur de risque dans les cancers oraux • Augmentation du risque carieux et de l'indice CAO³⁹
Opiacés	<ul style="list-style-type: none"> • Xérostomie – Hyposialie • Troubles oclusaux et temporo-mandibulaires, selon l'<i>ONCD</i> • Facteur de risque dans les maladies parodontales⁴⁰ • Thrombopénies devant être prises en compte

Cocaïne	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles oclusaux⁴⁰ et temporo-mandibulaires (<i>tensions des masséter</i>) • Troubles de l'innervation⁴¹ et douleurs cervico-faciales • Facteur de risque dans les maladies parodontales ulcéro-nécrotiques • <i>Lésions dermatologiques</i> : Ulcérations – Mycoses – Leuco-œdème
Substitutifs	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Méthadone</i> : Augmentation du risque carieux et de l'indice CAO⁴² • Xérostomie – Hyposialie³³ : <i>Benzodiazépines, Antipsychotiques, ISRS...</i>

- L'interrogatoire médical doit porter invariablement sur le tabagisme et la prise de substances. Il doit aussi déceler l'automédication, ainsi que les troubles de la nutrition.
- La perception de la douleur est altérée par la prise de drogues, de médicaments et la consommation d'alcool^{43,44}.
- L'examen clinique des tissus mous doit être rigoureux. La présence de certaines lésions doit alerter sur une immunodépression liée à une pathologie infectieuse ou à la prise des substances. La suspicion de pathologie infectieuse doit entraîner la réalisation d'une sérologie pour adapter la prise en charge odontologique.
- Aucun acte n'est contre indiqué, mais le chirurgien-dentiste doit tenir compte de la consommation ou des éventuels désordres immunologiques dans la prise en charge des risques opératoires.

ii. Comportements bucco-dentaires et santé orale en détention

L'enquête nationale de la DRESS est la première à faire un point de la situation sanitaire globale en détention¹². Est alors constaté que plus de 50% des entrants en détention nécessitent des soins « urgents » ou « à programmer ».

Selon le Ministère de la Santé (Leyer)¹², 30% des demandes consultations de spécialité en milieu carcéral concerneraient la sphère orale. Les études relèvent qu'une grande majorité des entrants nécessitent des soins dentaires ou parodontaux.

La situation constatée unanimement par les études françaises est une prévalence importante des problèmes carieux, traumatiques, parodontaux, infectieux malgré, là où c'est possible, un examen bucco-dentaire des entrants⁷ et la mise en place d'actions de prévention ou d'orientation^{7,45}.

Ainsi, on s'accorde sur la dégradation de l'état bucco-dentaire du patient en détention ainsi que l'importance de la demande de soin chez une population précaire et à risque¹⁹. Akaji relie ainsi l'hygiène bucco-dentaire et l'indice CAOD et confirme que la majorité des détenus présentent des problèmes carieux et parodontaux⁴⁶.

Un état bucco-dentaire dégradé peut également être synonyme de difficultés d'alimentation et de socialisation, pouvant aggraver la précarité de la détention.

La santé bucco-dentaire n'est pas une priorité dans un contexte pénitentiaire où l'accès aux soins est également limité⁴⁷. Les consultations sont majoritairement liées à une urgence douloureuse et/ou infectieuse⁴⁸. Certains détenus profitent toutefois de leur incarcération pour s'occuper de leur santé bucco-dentaire.

C) Spécificités d'état de santé général

a) Pathologies infectieuses

Les maladies infectieuses sont un sujet également documenté à en France et à l'international au sein de la population pénitentiaire. Le VIH est la pathologie infectieuse la plus documentée.

➤ Tuberculose

La tuberculose est une pathologie respiratoire contagieuse. Le confinement et la surpopulation du milieu carcéral constituent un environnement à risque de transmission des infections respiratoires.

Les structures pénitentiaires ont mis en place des programmes de dépistage à l'entrée ou durant la détention, qui peuvent se faire sous la forme d'un test-tuberculine ou d'une radiographie pulmonaire. Selon Aerts, repris dans un rapport de l'OMS, l'incidence de la tuberculose active dans la population générale est environ 10 fois inférieure à ceux dans la population carcérale⁴⁹.

➤ VIIH

Les études constatent une prévalence située entre 0,6 et 6,0% pour le VIIH⁵⁰. L'enquête PREVACAR estime à 2% la prévalence du VIIH dans la population pénitentiaire en France¹⁶.

Dans la population générale, elle se situe entre 0,2 et 0,3% en 2016 selon Santé Publique France.

➤ Hépatites – VHB/VHC

Les hépatites présentent également une prévalence importante. Les enquêtes françaises précédemment citées estiment la prévalence du VHC à 4,8% et à 3,1%¹². La prévalence du VHB varie de 0,07 % au Canada et 1% en France à plus de 20 % en Australie et aux États-Unis¹².

➤ Autres infection sexuellement transmissibles (IST)

À propos des autres IST, il existe peu d'études épidémiologiques en milieu carcéral et celles présentes sont de rigueur et de méthodologies variables. Ces enquêtes concernent les chlamydiae, gonocoques et la syphilis et font état de prévalences supérieures chez les femmes en comparaison aux hommes.

Si les détenus sont plus fréquemment infectés par le VIIH et/ou le VHB/C, le contexte entraîne une exposition plus importante aux maladies infectieuses. La réalisation d'une sérologie n'est pas obligatoire à l'entrée. Ainsi, en 2003, moins de 40% des entrants déclarent avoir fait au moins un test de dépistage¹².

➤ Conséquences dans la prise en charge bucco-dentaire

- Le praticien doit se protéger des AES sans discrimination dans la prise en charge.
- Les lésions buccales sans étiologie peuvent être signe d'une pathologie infectieuse et d'une immunodépression associée. Si la pathologie est déclarée, l'apparition de lésions buccales peut témoigner d'un désordre ou d'une absence de prise du traitement.
- Chez un patient « VIIH-déclaré », le suivi bucco-dentaire est réalisé tous les 3 à 6 mois. À défaut, dans une situation compliquée comme lors d'une incarcération, le suivi doit être le plus rigoureux possible.
- La déclaration ou la suspicion de maladies infectieuses nécessite la réalisation d'une sérologie et d'une numération sanguine : La neutropénie/leucopénie majore le risque infectieux. Une thrombopénie ou une diminution des facteurs de la coagulation suite à des lésions hépatiques entraîne un risque hémorragique.
- La prescription doit être considérée en tenant compte de l'insuffisance hépatique (VHB/VHC...).
- L'utilisation des molécules anesthésiques doit être encadrée et réfléchiée en fonction de la pathologie.
- Il faut dépister et prévenir des manifestations générales associées aux infections hépatiques ou au VIIH.

b) Pathologies chroniques

Définies par l'OMS comme « problème de santé qui nécessite une prise en charge sur plusieurs années ou plusieurs décennies », les pathologies chroniques font l'objet d'études ponctuelles aux méthodologies variables. Les entrants en détention avaient moins recours au système de soin ce qui pourrait occasionner un sous-diagnostic¹². Selon Fauchille, un entrant sur trois présente une pathologie somatique. Les données sont difficilement analysables et se déclarent des maladies chroniques chez 26 à 80% des détenus.

Sur l'ensemble des études observées par l'InVS, la prévalence des pathologies chroniques est disparate selon le pays, la méthodologie et on retrouve des valeurs comparables à celles dans la population générale⁸.

La prise en charge odontologique des patients doit tenir compte des pathologies déclarées et le chirurgien-dentiste doit rester attentif lors de l'examen clinique à de potentiels signes buccaux.

III) Spécificités du mode d'exercice

A) Exercice de l'odontologie en milieu pénitentiaire

a) Accès aux soins et barrières

La population détenue présente ainsi un état bucco-dentaire dégradé à risque carieux et parodontal élevé, formant un groupe vulnérable et qui recourt peu aux soins avant urgence ou douleur^{8,19}. Nous verrons ici les conditions d'exercice du chirurgien-dentiste en établissement pénitentiaire et les impératifs liés à ce mode d'exercice. Selon Jérôme Salomon, Directeur général de la santé, « la détention rend compliquée l'organisation des soins : la population des personnes détenues souffre, inévitablement, d'un accès à la santé plus complexe ».

Au-delà des spécificités des patients détenus, la difficulté dans la « santé en prison » se situe dans l'intégration des enjeux de politique sanitaire dans un milieu avec ses règles et ses contraintes. Cette réalité alourdit chaque étape de la prise en charge odontologique.

L'approche pluridisciplinaire et l'entente inter-soignants dans les unités sanitaires est alors un point indispensable pour la réalisation des missions de santé publique associées.

i. Accès aux soins, moyens humains et logistiques

La problématique des moyens humains est évoquée dès la circulaire de 1994 qui met en évidence l'importance de la demande de soins en prison et l'inadéquation des moyens mis en place. Elle prévoit alors un besoin⁵ en chirurgiens-dentistes 0,05 ETP pour 100 détenus.

Selon la DGS, en 2008, on retrouve 214 praticiens – hospitaliers ou attachés – pour environ 65 000 détenus. Ce chiffre doit être pondéré avec le nombre de vacations effectuées par les praticiens.

En rapport, selon l'ONCD et en 2020, on retrouve 66,83 chirurgiens-dentistes par 100 000 habitants. Quand le ministère juge nécessaire une vacation pour 75 détenus, la ressource réelle est d'une vacation pour 127 détenus¹³.

De plus, dans la majorité des structures, le praticien ne bénéficie pas d'aide-dentaire ou d'assistante : plus de 60% des praticiens⁴⁸ travaillent sans aide.

ii. Examen bucco-dentaire des entrants

Si son utilité est évoquée dès la loi du 18 janvier 1994, l'instruction de 2011 relative à cet examen réaffirme la nécessité qu'il soit généralisé lors de la visite médicale d'entrée¹⁵.

Outre l'identification de besoins en soins, cet examen peut constituer une séance de prévention et d'éducation à la santé grâce notamment aux produits d'hygiène du « kit d'hygiène pour l'arrivant »⁴⁵. L'examen bucco-dentaire des entrants est cependant pratiqué dans moins d'un établissement sur deux. La cause est l'absence de moyens humains pour la réalisation de l'examen clinique ainsi que pour l'augmentation de besoin de soins qui en découlent, à l'instar de la maison d'arrêt de Strasbourg. Certains établissements font appel à des étudiants en odontologie pour réaliser cet examen.

iii. Barrières à la prise en charge spécifiques aux établissements pénitentiaires

- L'absentéisme des détenus lors des rendez-vous. La cause peut être un problème organisationnel spécifique au fonctionnement de la prison, mais aussi les causes classiques de l'absentéisme lors des rendez-vous de ville^{17, 48}.
- Les retards liés au déplacement vers l'UCSA et au comptage des détenus peuvent se rajouter aux imprévus. Ils peuvent entraîner le report de soin ou le décalage des créneaux horaires. Un praticien sur deux déclare⁴⁸ une absence pour moins de 25% des rendez-vous, et un tiers pour 25 à 50%.
- L'incertitude de l'incarcération avec le risque de transfert ou de mise à l'isolement peut entraver la motivation aux soins et augmentent le turn-over des patients empêchant un suivi^{53,54}.
- Le refus de soins et de la consultation bucco-dentaire des arrivants est fréquent. Il est souvent associé au stress et aux problématiques de la mise sous écrou⁵².
- Le comportement du patient peut être à l'origine d'annulations de rendez-vous.

- La coopération des patients est inférieure à celle d'une patientèle classique, en rapport avec une plus forte prévalence des urgences et des pathologies psychiatriques.
- La surpopulation pénitentiaire française augmente la saturation du système de soin^{47,55}.
- La barrière de la langue est un frein pour les détenus non-francophones ou illettrés. La prise en charge est compliquée dès l'anamnèse, pouvant empêcher l'identification de potentiels risques médicaux chez le patient et empêchant la communication de messages de prévention ou d'éducation à la santé²⁸.
- Le manque de confiance des détenus envers les praticiens de l'UCSA est aussi soulevé. Selon Fardel, 70% des détenus interrogés estimaient que l'UCSA proposait un panel de soins incomplet⁵¹.

b) Exercice odontologique en milieu pénitentiaire

i. Activité du praticien

En 2018 est publié le résultat d'un questionnaire auxquels ont répondu la majorité des chirurgiens-dentistes exerçant en milieu pénitentiaire. En synthétisant l'ensemble des enquêtes et plans nationaux, on peut catégoriser l'activité du praticien en actes pratiqués couramment (OCE, avulsions, détartrages et urgences), en actes de prothèses pratiqués plus rarement et actes non-pratiqués (implantologie, parodontologie et orthodontie)^{48,13}. Les urgences représentent une grande partie de l'activité du praticien exerçant en prison.

Cette faible proportion d'activité prothétique est la conséquence de la priorité donnée aux soins urgents, conservateurs et extractions associée une présence limitée du chirurgien-dentiste.

Hors soin, le praticien peut également avoir à trier les courriers des détenus, réaliser le planning, la désinfection ou stérilisation du matériel, l'organisation des dossiers, ou encore l'encadrement d'étudiants. Cette partie de l'activité peut être déléguée à l'assistante ou l'aide-dentaire pour alléger le praticien et augmenter la proportion de soins dans l'activité¹³.

➤ Prise en charge des urgences

Les « urgences » sont ainsi prises en charge en priorité, quotidiennement, d'autant plus que le « degré d'urgence »² est plus élevé que dans une patientèle classique, avec notamment une prévalence plus élevée des traumatismes dentaires et maxillo-faciaux⁴⁷. Le plus souvent douloureuses ou infectieuses, elles débouchent sur un soin d'urgence si les conditions le permettent, ou, à défaut, sur une prescription médicamenteuse.

En dehors des horaires de consultation, dans la plupart des cas, un protocole de prise en charge d'urgence dentaire est mis en place avec le médecin généraliste de garde⁵¹.

➤ Prise de rendez-vous

La prise de rendez-vous « programmés » pour une consultation ou un soin se fait classiquement par « courrier interne » ou présentation du détenu à l'UCSA⁵¹. Ce courrier doit contenir le motif de la demande ainsi que l'identification du détenu. Les délais d'obtention d'un rendez-vous, selon les études⁵², sont équivalents à ceux rencontrés en ville.

Les motivations des patients et la possibilité de suivi diffèrent également selon le type d'établissement pénitentiaire¹³. Ainsi les détenus placés pour de longues peines entament davantage des réhabilitations orales complètes, tandis que les maisons d'arrêt ne permettent que des soins ponctuels. On retrouve aussi une forte demande pour des soins esthétiques associée à des détenus plus préoccupés par leur apparence extérieure que par leur santé bucco-dentaire⁵².

Certains soins indispensables et non réalisables à l'UCSA sont programmés dans le service correspondant de l'hôpital public attaché à l'établissement. Les actes ou de soins impossibles à l'UCSA/UHSI nécessite une autorisation de sortie pour se rendre chez le praticien de ville.

ii. Conditions de travail et rapports à la profession

Si l'enquête de la *DGS* évoquait des locaux exigus et inadaptés aux normes sanitaires, dans les années suivantes, beaucoup de cabinets dentaires des UCSA ont ensuite été rénovés ou installés. En 2016, $\frac{3}{4}$ des praticiens jugeaient leur locaux « récents » ou « corrects » et ne déclarent pas de problème de matériel (fauteuil, radiologie, consommables)⁴⁸.

Les éventuels problèmes logistiques sont encore une fois très liés à la dualité hôpital/prison de l'UCSA, avec des autorisations et des protocoles spécifiques ralentissant la résolution des problèmes.

Près de la moitié des chirurgiens-dentistes se déclarent épanouis dans leur exercice en milieu pénitentiaire⁴⁸. La majorité des praticiens trouvent leur exercice plus enrichissant qu'un exercice de ville. Les arguments avancés sont les aspects humains et le rôle dans la réhabilitation médico-sociale. Les causes de stress sont donc davantage liées aux patients et aux contraintes organisationnelles. A contrario, le stress en exercice libéral est lié à la dimension de productivité et aux possibles litiges, notions qui n'entrent pas en jeu dans la pratique en établissement pénitentiaire.

Cependant, certains aspects de l'exercice posent des problèmes récurrents aux praticiens exerçant en prison. D'abord, une lassitude due notamment au manque de coopération, au mauvais état bucco-dentaire de leurs patients et aux nombreux retards et absences.

Le manque de reconnaissance par ses pairs et une rémunération inférieure au reste de la profession sont aussi évoqués.

Financièrement, à temps complet et avec 6 ans d'ancienneté, un praticien hospitalier est rémunéré à hauteur de 4411,11€ bruts mensuels, contre 7700€ net en moyenne en libéral selon les derniers chiffres du Ministère de la Santé et des Solidarités. L'ensemble des impératifs peut expliquer les postes non-pourvus de chirurgien-dentiste en établissement pénitentiaire.

B) Ethique, qualité et continuité de la prise en charge

L'objectif d'une égalité dans la prise en charge du patient détenu et du patient libre imposerait une égalité « a priori » dans les moyens humains et financiers mis en œuvre par les décideurs politiques. Les lois et plans d'actions successifs se sont heurtés aux réalités humaines, financières et organisationnelles d'une prise en charge dans un contexte où l'aspect sécuritaire domine.

Selon Orphelin, la vision qu'a la société d'une prison « irrécupérable » et « isolée » ne permet pas la reconnaissance du travail des soignants et interfère avec la réinsertion des détenus⁵².

i. Secret médical en milieu pénitentiaire

Si l'indépendance fonctionnelle et organisationnelle des UCSA et des praticiens est actée en 1994⁵ et réaffirmée en 1998, le respect du secret médical est fragile en contexte pénitentiaire. Les soignants, dans leur prise en charge, ne doivent pas être partie de la sanction judiciaire et doivent exercer dans le respect du serment d'Hippocrate et de la déclaration de Genève.

L'association OIP parle cependant d'un secret médical fragilisé en établissement pénitentiaire et l'explique par des pressions liées aux problématiques pénitentiaires et sécuritaires.

La CGLPL, dans son rapport de 2015, mentionne une « situation inacceptable au regard de la dignité des personnes ». La présence d'un surveillant pénitentiaire dans la salle de soin est cependant minoritaire en France selon Georges en 2016, à l'inverse de certaines études européennes récentes^{48,53}.

Un secret médical bafoué peut constituer un risque de diminuer davantage le recours et la motivation aux soins, d'autant plus que la⁴⁷ confiance dans la relation praticien-patient est fragile à mettre en place. Les données de l'interrogatoire ou les constatations lors de l'examen clinique n'ont évidemment pas à être relayées à l'administration pénitentiaire. La privation de la liberté des détenus ne doit pas être synonyme de privation de dignité⁵² et leurs droits.

ii. Continuité des soins

La création des UCSA a été accompagnée de la mise en place d'un système de protection et de conservation sécurisée des données médicales⁴⁶. La continuité des soins est actuellement assurée entre acteurs et établissements par la transmission des dossiers « papier » patients entre les UCSA ainsi qu'au sein du CH(U) rattaché à l'établissement pénitentiaire.

Ce point représente cependant une des principales critiques⁷¹ des soins en établissement pénitentiaire dans l'articulation des soins entre milieu fermé et milieu ouvert. La libération rompt la continuité des soins, au même titre que l'incarcération d'un détenu en cours de soins de ville.

Pour résoudre ce problème, une « feuille de route sur la santé en prison est en train d'être finalisée, afin de mieux prendre en charge les personnes au moment de leur entrée, pendant et après leur sortie de prison ». En 2011, une instruction¹⁵ sollicite les ARS pour que soit communiquée aux patients des UCSA une liste de professionnels « partenaires ».

Si la prison peut être considérée comme le point de départ de la démarche thérapeutique, la continuité des soins lors de la libération est indispensable. Une approche personnalisée et pluridisciplinaire⁴⁷ dans l'accompagnement du détenu sur sa santé doit faire partie intégrante du processus de réinsertion.

iii. Qualité des soins et prise en charge

L'article L110-5 de la loi du 4 mars 2002, qui réaffirme le code de déontologie, énonce que le patient doit bénéficier des meilleures thérapeutiques selon les données acquises de la science. Les patients détenus doivent, au même titre que toute personne profiter des améliorations techniques et de soins conformes aux données acquises de la science⁵². Il convient que le praticien reste réaliste sur les moyens possibles à mettre en place et les coûts associés. Le rapport bénéfice/risque et la perte de chance pour le patient doivent également être pris en compte. Selon Georges et l'étude menée en 2016, plus de 3 praticiens sur 4 sont satisfaits de la qualité des soins réalisés.

iv. Relation de soin

- ✓ La surpopulation pénitentiaire en France et le manque de chirurgiens-dentistes aggrave les problèmes de disponibilité des soignants.
- ✓ La relation praticien-patient est mise à mal en contexte pénitentiaire. Les règles pénitentiaires qui encadrent les consultations, l'absence du libre choix du médecin et la vision des soignants par les détenus créent des barrières, voire un climat de défiance. Si la majorité des chirurgiens-dentistes déclarent ne pas avoir été victimes d'altercations ni de menaces physiques, la plupart évoquent des altercations ou menaces verbales.
- ✓ La sérologie – dévoilée ou absente – du patient peut également constituer une discrimination dans la prise en charge, dans une population où la prévalence des maladies infectieuses est élevée.

v. Prévention et préparation à la sortie

Au-delà du bénéfice immédiat auprès des patients, les actions de prévention permettent la récupération de données et participent à l'exhaustivité de la vision de leur santé par des détenus.

La mise à jour régulière des données est une nécessité qui permettrait d'étayer les connaissances et déterminer des axes de travail pour les pouvoirs publics.

Les dernières recommandations des ministères réitèrent l'importance de la mise en place d'actions de prévention et de dépistage⁵⁶. Cette orientation fait sens pour la population précaire détenue en établissement pénitentiaire. L'objectif est de sensibiliser aux comportements à risques et à l'accès aux soins pour permettre une réduction des facteurs de risque des pathologies²⁸.

La préparation à la sortie est essentielle pour diminuer le sentiment de rupture entre la vie intra et extramuros et l'établissement d'un projet. Celle-ci peut passer par la recherche d'un emploi ou formation, d'un logement, la continuité des soins ainsi qu'une information étayée sur ses droits.

La promotion de la santé dans les populations précaires est ainsi indispensable pour améliorer le recours aux soins et éviter le renoncement³¹. En milieu pénitentiaire, cela passe par l'accompagnement médico-social à la sortie de détention de l'ensemble des acteurs⁵⁷. Les objectifs de ces actions de promotion de la santé et d'accès aux soins s'approchent du « Good Lives Model » anglo-saxon.

2^{ème} PARTIE : Structures d'accompagnement à la sortie (SAS) des Baumettes : D'UNE REHABILITATION MEDICO-DENTAIRE À UNE REINTEGRATION SOCIALE

I) Prise en charge odontologique à la maison d'arrêt des Baumettes

Au 31 décembre 2017, le nombre de détenus en PACA et Corse était de 7673. Toutes les maisons d'arrêt de la région sont en situation de surpopulation carcérale.

Au 1^{er} janvier 2019, la densité carcérale est de 144,6% à la maison d'arrêt pour hommes des Baumettes et ce malgré l'ouverture de deux nouvelles prisons à proximité en 2018.

Le 28 juin 2018, le bâtiment historique des Baumettes « I » ferme ses portes, suite à la livraison de Baumettes « II » construit à la place de l'ancien centre pénitentiaire pour femmes. Ce nouveau bâtiment accueille 100 places pour femmes et 500 places pour hommes, capacité très inférieure au bâtiment historique d'initialement 1400 places. Les détenus sont progressivement décentralisés.

Le projet de SAS (Structure d'accompagnement à la sortie), d'abord nommée QPS (Quartier de Préparation à la Sortie), est mis en place lors de la fermeture des Baumettes I.

La dernière étape de la réhabilitation du CP de Marseille est « Baumettes 3 », qui consiste en la démolition et la reconstruction des Baumettes historique. Le projet est prévu pour une capacité de 740 places et devra fonctionner avec B2 comme un centre pénitentiaire unique.

La finalisation du projet, à l'horizon 2024, permettra un site rénové et des conditions de détention améliorées pour les détenus et le personnel pénitentiaire.

La prise en charge médicale et dentaire est assurée par l'unité de consultations et soins ambulatoires (UCSA) construite lors du projet Baumettes II et déménagée de Baumettes I. On s'intéressera à son fonctionnement pour distinguer ensuite les différences dans la prise en charge sanitaire avec celle mise en place à la SAS.

A) Organisation de l'UCSA des Baumettes et parcours sanitaire classique en milieu fermé

Le service de médecine en milieu pénitentiaire de l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille est un service multi-sites constitué de plusieurs structures :

- Les UCSA du Centre Pénitentiaire de Marseille - les Baumettes.
- L'UCSA de l'Etablissement Pénitentiaire pour Mineurs (EPM) de la Valentine
- La SAS, que nous détaillerons ci-après
- L'Unité d'Hospitalisation Sécurisée Interrégionale (UHSI) de l'Hôpital Nord
- L'Unité Médicale du Centre de Rétention Administrative (UMCRA) du Canet

Il fait partie, avec le SMPR-CSAPA-CRIR-AVS et le Service de Médecine Légale, du Pôle n° 11 PMAD-ML « Psychiatrie, Médecine, Addictologie en Détention- Médecine Légale » de l'AP-HM, géré par le Pr Christophe BARTOLI.

Il regroupe des praticiens, infirmiers (IDE) et du personnel non-soignant prenant en charge les détenus et les arrivants.

Les UCSA ont été mis en place suite à la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. Ils concernent les soins somatiques et n'incluent pas le suivi psychiatrique.

Leurs objectifs, comme vu précédemment, sont d'assurer la continuité des soins et de garantir une offre de soin équivalente à « l'extérieur ».

Les ministères de la Santé et de la justice ont publié dans ce cadre un guide de référence « Prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice »⁷, réactualisé régulièrement en fonction des orientations et utilisé en pratique courante dans les orientations prises au sein des UCSA.

- ✓ On y retrouve des salles de consultations médicales, de soins infirmiers, d'urgence, des fauteuils de soins dentaires, une salle de radiologie, un cabinet d'ophtalmologie et une salle de kinésithérapie.
- ✓ C'est également le lieu de délivrance de médicaments en lien avec des affections somatiques.
- ✓ L'UCSA ne gère pas les hospitalisations de courte durée qui sont prises en charges à l'UHSI à l'Hôpital Nord.
- ✓ À l'instar des étudiants en odontologie, le service peut faire appel à des étudiants ou internes, dont l'entrée nécessite une autorisation *ad personam* de l'administration pénitentiaire.

a) Réception des arrivants et détenus à l'UCSA

Suite à leur incarcération, les arrivants suivent donc une consultation médicale et odontologique. Il leur est également remis un « kit d'hygiène » corporelle et dentaire, ainsi qu'une documentation centrée sur la réduction des risques.

Les consultations arrivant ou première consultation à l'UCSA doivent recueillir un maximum d'informations médicales et sociales, notamment sur les volets psychiatriques et addictologiques. Elles doivent également proposer une sérologie pour identifier d'éventuelles pathologies infectieuses.

Par la suite, lors de la détention, pour obtenir un rendez-vous à l'UCSA, hors-urgence, les détenus doivent écrire un courrier remis à un surveillant pénitentiaire ou dans les boîtes aux lettres prévues à cet effet, renseignant leur nom, prénom, n°ECROU ainsi que le médecin à contacter et le motif de consultation.

DEMANDE DE CONSULTATION UNITE SANITAIRE

NOM :	PRENOM :
ECROU :	CELLULE :
<input type="checkbox"/> INFIRMERIE	<input type="checkbox"/> MEDECIN : <input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Psychiatre
<input type="checkbox"/> DENTISTE	<input type="checkbox"/> Assistante sociale

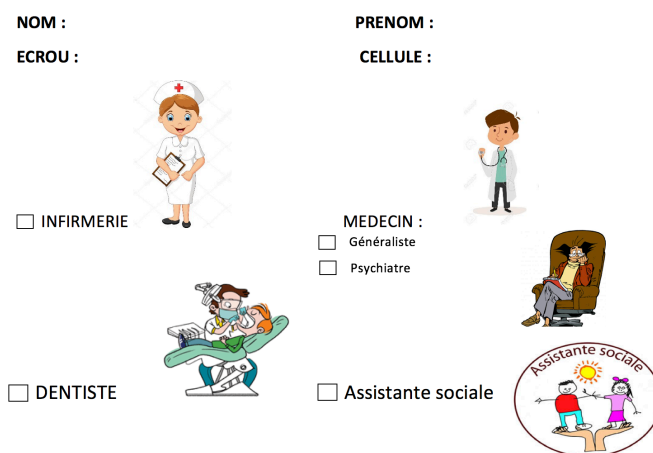


Figure 1 : Demande de consultation à l'UCSA de Baumettes II

b) Activité de l'UCSA et évolution depuis 2014

La population du centre pénitentiaire de Marseille est en diminution depuis la fermeture du bâtiment historique des Baumettes mi-2018.

Depuis le transfert de l'UCSA à Baumettes II en 2018 :

- Les flux d'entrants ont ainsi diminué de 25% entre 2016 et 2019
- Le flux de transférés dans d'autres établissements a environ doublé en quelques années.
- Certaines spécialités médicales ont « disparu » des effectifs (pneumologie, dermatologie, tabacologie) ou ont drastiquement diminué (ophtalmologie...)
- En 2019, les effectifs de l'UCSA sont constitués de 6 médecins généralistes et de 5 chirurgiens-dentistes (pour 2,9 ETP).
- Les praticiens dentistes sont accompagnés dans leur exercice par 2 aide-soignants

Le nombre de **consultations médicales** en 2019 (10353) est en baisse de 75% par rapport à 2015 et 35% par rapport à 2012.

- ✓ Cette diminution est liée à la baisse du nombre de détenus mais aussi à la fonction « d'échangeur » de Baumettes II.
- ✓ On retrouve depuis 2015 entre 10 et 20% d'absentéisme aux consultations médicales pour les raisons évoquées précédemment.

Concernant les **consultations dentaires**, elles ont également diminué de 40% depuis l'arrivée à BII, (4500/an en 2014/2016 à 2500/an en 2018/2019).

- ✓ L'absentéisme moyen aux rendez-vous dentaires entre 2014 et 2019 est de 34,9% avec un pic à 40,4% en 2019.

Sur les années 2018 et 2019, les chirurgiens-dentistes sont les spécialistes les plus sollicités avec un nombre de consultations et actes comparable à celui des médecins généralistes.

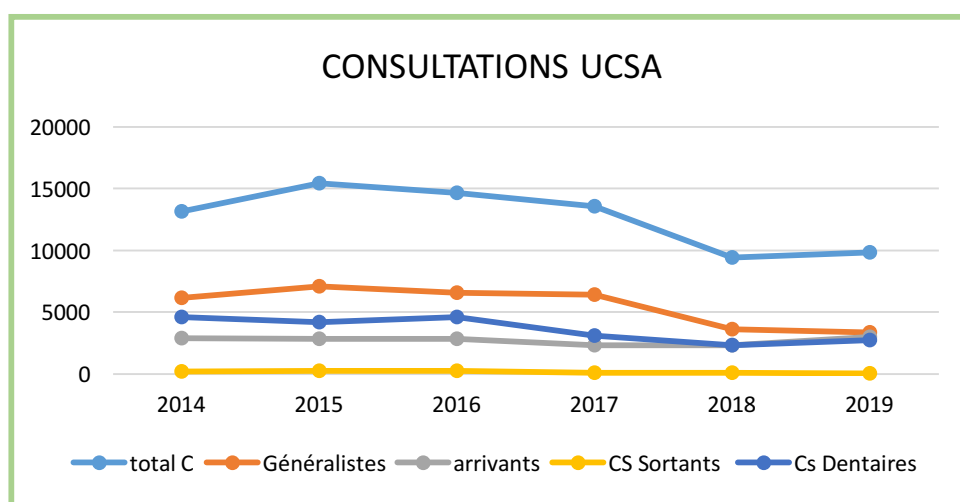


Figure 2 : Courbes d'activité des consultations à l'UCSA depuis 2014

c) Orientations dans la prise en charge et éducation à la santé

En plus des consultations et soins, l'équipe soignante met en œuvre des actions d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique. En 2018, 75 sessions pour 4 ateliers différents ont été organisées par l'intermédiaire d'ateliers centrés notamment sur la dépendance tabagique.

Ces actions sont amenées à être développées autour des principaux problèmes de santé en détention et mises en place à une fréquence régulière.

Un comité de pilotage des actions d'éducation pour la santé se réunit deux fois par an, à l'initiative du médecin responsable de l'UCSA en collaboration avec l'association SANBA.

Le personnel de l'UCSA prend également en charge les tentatives de suicide, la substitution médicamenteuse des addictions ou encore des infections virales VIH/VHB/VHC. Au 1^{er} Avril 2014, l'unité sanitaire reprend également les missions de dépistage de la tuberculose et de maladies infectieuses sexuellement transmissibles (MIST).

Les missions sanitaires sont indissociables de la prise en charge sociale permise par la présence d'assistantes sociales au sein de l'UCSA.

Ainsi, le rôle de l'IDE au sein de l'UCSA est primordial dans le suivi des patients détenus, maintenant le lien entre soignants, détenus et personnel social/administratif. Une grande partie de l'activité d'IDE concerne le suivi des patients : en 2014, plus de 50% des actes réalisés concernent la « prise de RDV et courriers » et la « dispensation nominative » de médicaments et DM.

Les soins ou actes médicaux ne pouvant pas être réalisés sur place, notamment les examens radiologiques ou des consultations spécialisées, sont effectués dans les hôpitaux de l'APHM.

La procédure nécessite une extraction du détenu et l'ensemble des contraintes sanitaires (AP-HM) ainsi que pénitentiaires entraîne une annulation de plus d'un tiers des consultations externes programmées.

B) Rôle du chirurgien-dentiste et limites des outils odontologiques existants

Si soigner les patients reste l'essentiel de l'activité du chirurgien-dentiste, le mode d'exercice et les spécificités des patients font que la prévention, le dépistage et d'éducation à la santé représentent un enjeu central de l'exercice en prison. Cependant les contraintes de temps, humaines et administratives empêchent de développer des actions de prévention et d'éducation à la santé.

⇒ Pratique de la chirurgie-dentaire au quotidien

Les praticiens reçoivent les patients par « vagues » à 8h, 9h30, 13h45 et 15h30, où sont prévus 3 à 4 patients.

Le délai pour obtenir un rendez-vous est environ de 15 jours, variable en fonction du praticien et du moment de l'année.

L'absentéisme important *vu ci-dessus* permet la prise en charge des urgences, très fréquentes et dont la proportion a augmenté ces dernières années en corrélation avec la disparition du CD du pôle Baumettes.

La répartition des patients par médecin est réalisée « alphabétiquement ».

Les praticiens chirurgiens-dentistes, au même titre que les médecins, ont des permanences pour permettre notamment la prise en charge des urgences.

La qualité de MA des Baumettes II conditionne ainsi une plus grande proportion d'actes ponctuels et urgents : pulpotomie, extraction, mise en place de pansements à l'eugénol... La possibilité de transfert/libération entrave les perspectives de mener un plan de traitement à son terme.

Si un rapport d'activité précis des actes CCAM bucco-dentaires n'est pas réalisé, les actes de chirurgie simple (extractions), détartrages et soins conservateurs représentent avec les urgences la plus grande partie de l'activité du chirurgien-dentiste. Entre 2014 et 2016, la prothèse représente moins de 5% de l'exercice des praticiens.

La tenue des dossiers informatisés, anciennement sur papier et depuis 2019 sur l'outil Axigate est indispensable, et ce dès l'entrée en détention.

L'activité de parodontologie ou d'implantologie n'est pas développée au sein de l'UCSA, et ce plus en raison d'une absence de demande qu'avec un manque de moyen/matériel mis à disposition.

- ✓ Lorsqu'il est réalisé, comme le recommande le plan d'action, l'examen bucco-dentaire des arrivants se base sur un interrogatoire précis qui doit notamment détecter les addictions des patients et démarrer l'éducation à la santé en matière d'hygiène bucco-dentaire⁷. Un examen clinique intra et extra-oral précis est réalisé pour détecter les sources d'urgences douloureuses, infectieuses voire de lésions précancéreuses. Une radiographie panoramique est aussi réalisée.
- ✓ Les aide-soignants s'occupent de la prise de rendez-vous, de l'organisation des envois/retours à la stérilisation et de la décontamination du cabinet et des rotatifs. Ils participent également à la réalisation des commandes de consommables en communiquant les besoins au cadre de santé. Faute d'assistante dentaire dont on ne retrouve aucun poste à l'AP-HM, on ne retrouve pas de travail à 4 mains sur l'UCSA.
- ✓ Certains critères précis encadrent la possibilité de soins odontologiques nécessitant une hospitalisation à l'UHSI-Nord.

- ✓ On retrouve des protocoles de prise en charge des urgences douloureuses et/ou infectieuses à destination des IDE en l'absence de praticien disponible, comme récemment durant la période du COVID19, rédigés par le Dr BRUN et validés par le Pr BARTOLI.

Si les actions d'éducation en groupe à la santé/activités sont compliquées à mettre en place, les praticiens mettent en place de la prévention individualisée lors des bilans, consultations et soins, notamment concernant les addictions et les conduites alimentaires à risque.

Si leur fréquence reste à développer, des actions et ateliers d'éducation à la santé en matière d'hygiène bucco-dentaire ont été mis en place. On peut citer l'atelier d'éducation thérapeutique du patient diabétique dans le travail du Dr MARTRE encadré par les Dr GHALEB et BRUN.

Les relations avec le personnel pénitentiaire sont bonnes et la dualité santé/sécurité aux Baumettes n'entraîne pas de problème notable, c'est dans les relations inter-soignants qu'ont pu émerger des tensions. Ce problème est retrouvé par ailleurs dans d'autres services de l'AP-HM : si les praticiens ont pour supérieur hiérarchique le chef de service/de pôle – à mission médicale – les AS et les IDE ont pour supérieur le cadre de santé – à mission administrative.

Cette divergence hiérarchique peut entraîner des incompréhensions dans les missions et rend flou le lien de subordination entre les médicaux et paramédicaux.

II) Structure d'accompagnement à la sortie (SAS) : un changement de paradigme pénitentiaire

A) Essoufflement du système carcéral français et réforme pénitentiaire

Le débat sur la réforme pénitentiaire évolue en permanence. Les plans de réforme restent toutefois critiqués par les acteurs du secteur pour les effets d'annonce et la communication sans changement ressenti sur le terrain.

La loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009, mise en place par Nicolas Sarkozy, a été vivement contestée sur la dynamique de changement structurel proposée sans vision globale ni des interactions entre les acteurs⁵⁸.

C'est dans le contexte de surpopulation chronique, à l'aube de 2018, qu'est engagé le plan de réforme pénale du quinquennat Macron. Ce plan prévoit la construction de 15 000 places en la France métropolitaine sous 10 ans pour pallier la surpopulation et assurer les nouvelles incarcérations.

- Il vise notamment à favoriser les mesures alternatives aux détentions courtes et les mesures d'aménagements de peine.
- Il se base sur une nouvelle politique des peines et la conduction d'une stratégie immobilière globale avec la création de nouvelles structures.
- Il promeut le développement des outils de réinsertion pour le détenu.
- Le but reste d'éviter des « sorties sèches » d'individus condamnés pour lesquels on privilégiera un accompagnement en milieu adapté.

➤ De nouvelles structures d'accueil

Ces programmes immobiliers veulent développer de nouveaux types d'établissements pour « mieux adapter les régimes de détention ».

L'ouverture de ces places sera concomitante au développement de nouvelles structures pénitentiaires dont les SAS. Ces dernières seront investies dans la lutte contre les addictions, la formation professionnelle et viseront l'autonomisation pour faciliter le retour à la vie sociale. Seront accordées à ces structures 2000 places d'ici 2027.

Les objectifs, en termes de réinsertion, sont d'étendre l'exercice du droit de vote, développer le travail et la formation en détention.

- ✓ Ces nouvelles structures pénitentiaires sont situées entre le milieu ouvert et le milieu fermé. Elles seront centrées sur la réinsertion sociale, la responsabilisation du détenu et axées sur les « articulations dedans-dehors ». Le but est de mettre en place une continuité pour la sortie.
- ✓ Elles sont mises en place pour rompre avec le modèle classique d'encellulement individuel.
- ✓ Elles sont prévues au nombre de 24 d'ici 2025, soit un total d'environ 3000 places.

Historiquement, les « SAS » sont dans les faits la continuité des « QPS » instaurés par Jean-Jacques Urvoas suite au travail de Christiane Taubira durant le quinquennat Hollande. Ce projet fait par ailleurs écho à Pierre Botton, ancien détenu ayant présenté des propositions aux pouvoirs publics.

B) La SAS des Baumettes : une structure pilote

- ✓ La SAS des Baumettes est une structure initiée en 2018, dirigée par Mme Aurore CAYSSIALS qui se situe entre le milieu fermé et le milieu ouvert.
- ✓ C'est la première des « nouvelles structures » ouverte sur le sol français.
- ✓ L'unité sanitaire est sous la responsabilité du Dr Olivier BAGNIS – Psychiatre.
- ✓ Les personnes accompagnées à la SAS sont en détention et condamnées. Elles « appartiennent » donc au milieu fermé.
- ✓ Si la finalité est commune entre les différentes SAS, il n'y a pas d'unité dans l'organisation sanitaire des US ou encore dans la population accueillie, qui reste très dépendante de l'EP auquel elle est rattachée.
- ✓ Elle voit ainsi le jour après la fermeture de Baumettes I et l'ouverture de Baumettes II, et a pour but d'être évaluée et discutée régulièrement tant par les acteurs internes que les décideurs.
- ✓ Les détenus conservent les droits classiques de l'individu en milieu fermé, à l'instar des visites, selon les mêmes process en termes d'administration pénitentiaire.

Le projet sur Marseille est piloté par la direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP), mis en œuvre par le Centre pénitentiaire, en partenariat avec l'ARS-PACA et l'APHM.

Constituée de 88 places, la SAS est installée dans les anciens locaux de la Maison d'arrêt des Femmes. Sa proximité administrative et d'accès avec le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) entraîne souvent une orientation vers une semi-liberté. Cependant, celle-ci peut occasionner une rupture dans l'accompagnement et le projet démarré au sein de la SAS.

On retrouve deux bâtiments de détention :

- Bâtiment « H » de 20 places, bâtiment d'admission avec un régime « portes fermées »
- Bâtiment « G » de 68 places, avec un régime « portes ouvertes ».

À Marseille, la SAS vise l'accompagnement individualisé de la personne détenue. Il se centre sur l'acquisition d'une autonomie et la responsabilisation sur les enjeux sanitaires et sociaux.

Dans les faits, c'est donc la préparation à la « meilleure » sortie qui est au centre du « projet SAS », avec la réintégration des concepts de santé, de cadre et de règlement de vie en collectivité. Le but global reste de mieux réinsérer à travers le développement des compétences psycho-sociales.

➤ Brève description populationnelle

Les patients orientés pour une détention à la SAS sont des hommes dont la durée de peine est inférieure à 2 ans. Les détenus arrivants sont orientés par une commission interne où l'unité sanitaire ne siège pas. La population de la SAS est ainsi décrite comme :

- Jeune
- Présentant peu de pathologies générales somatiques et psychiatriques
- En situation de précarité élevée
- Présentant un mauvais état bucco-dentaire
- Retrouvant une forte prévalence aux addictions (alcool, tabac, cannabis, médicaments)

➤ **Unité sanitaire (US) – Organisation et missions**

- C'est le lieu de prise en charge médicale et paramédicale, de la dispensation de médicaments et des soins d'urgence au sein de la SAS.
- La continuité des soins (avec l'extérieur et inter-établissements) est assurée par le médecin généraliste, le chirurgien-dentiste et le psychiatre de l'Unité Sanitaire en interne.
- La Permanence des soins en dehors des horaires d'ouverture se fait par le Centre 15.
- 1,7 ETP pour le personnel médical - 7,3 ETP pour le personnel paramédical – **Tableau 6**
- Utilisation d'Axigate (et de Cimaise pour la psychiatrie) pour les dossiers médicaux informatisés des patients, les plannings.

Le projet initial donnait ces missions générales à l'US de la SAS :

- Associer les volets somatique, psychiatrique et addictologique pour réaliser un bilan global des besoins de santé du patient.
- Proposer des soins spécifiques aux problématiques de santé spécifiques de la population détenue.
- Contribuer à la préparation à la sortie en élaborant avec le patient un projet médical ainsi que les aspects sociaux tels que le logement, la mise à jour des droits...
- Coordonner les actions avec les directives pénitentiaires ou judiciaires.

L'objectif est d'accompagner un projet de santé en détention. La personne détenue peut être autorisée à se rendre à son rendez-vous médical de ville ou administratif.

Selon le profil, elle peut se rendre seule au rendez-vous ou être accompagnée par un(e) référent(e). L'US permet ainsi aux détenus un accès aux professionnels de santé libéraux dans un secteur correspondant à leur lieu de vie habituel ou futur. Cette proximité vise à assurer la continuité des soins lors de la libération.

C) Accompagnement médical, social et odontologique

L'unité sanitaire de la SAS est donc l'acteur principal de l'accompagnement. La finalité de l'équipe soignante est de favoriser l'insertion des personnes détenues par la santé et d'augmenter leur autonomie pour préparer leur sortie. La santé est alors un vecteur d'insertion, les praticiens de ville et traitements en cours « à l'extérieur » sont une passerelle du monde fermé au monde ouvert.

a) Projet initial et parcours de soin – Modèle pré-COVID19

L'unité sanitaire ne dispense donc pas de soins mais diagnostique des besoins de santé d'un détenu et oriente le détenu à démarrer un suivi médical dans son environnement habituel ou futur.

L'approche classique en prison, notamment en chirurgie-dentaire, constitue à attendre un problème pour réaliser un soin ponctuel.

La vision choisie à la SAS promeut le dépistage et l'identification de besoins médicaux et l'éducation à la santé « pourquoi dois-je me soigner ? ».

Les soins en milieu libéral permettent alors une prise en charge classique du patient ainsi qu'un ancrage permettant le suivi du patient lors de sa libération.

L'approche choisie est donc globale, centrée sur la santé comme facteur de bien-être et d'intégration et non sur des simples « soins » répondant à une douleur ou un besoin ponctuel.

L'éducation et la promotion de la santé sont un axe de travail primordial pour l'équipe de la SAS. La finalité étant qu'une dynamique de santé se crée chez la personne détenue, favorisant ainsi la réinsertion à la sortie de détention. Le but n'est pas de se substituer à la volonté du patient mais d'induire une prise de conscience des enjeux relatifs à sa santé.

Les membres de l'équipe ont été recrutés en relation directe avec les objectifs du programme. Les rôles au sein de la SAS sont au-delà des fonctions classiques de chaque corps de métier. La fondation d'un projet commun et les objectifs singuliers nécessitent un travail d'équipe important.

Le Dr BAGNIS met au centre du projet l'horizontalité des décisions, concernant la prise en charge des détenus comme les orientations du projet dans son ensemble. Il veille également au respect du projet médical et reste l'interlocuteur de référence avec les partenaires extérieurs et intérieurs.

La participation au projet demande donc une collaboration pluridisciplinaire et une écoute réciproque de la part des acteurs.

L'équipe se réunit chaque mardi matin pour le briefing des bilans permettant la mise en place de projets de soins. Ces réunions permettent aussi de discuter des perspectives à court et moyen terme.

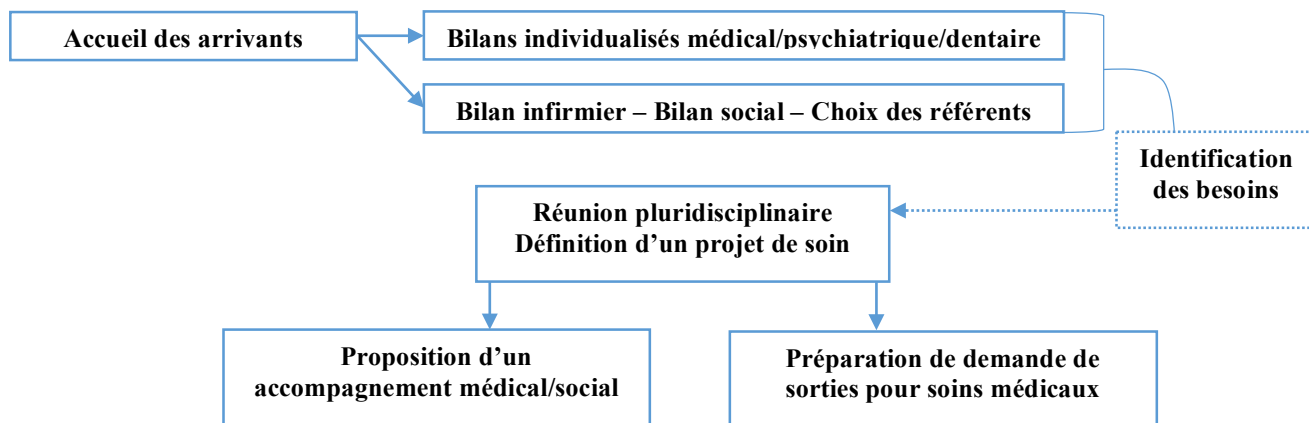


Figure 3 : Schéma du parcours à l'US sur la période Juillet 2018 à pré-COVID

Le bilan individualisé comporte notamment un volet médical (pathologies, traitements, vaccins, sérologie...), un volet addictologique complet (alcool, tabac, stupéfiants, médicaments), un volet social (droits du patients, médecins référents en milieu ouvert, domicile, situation familiale...) ainsi qu'un bilan dentaire comprenant un examen clinique, un interrogatoire centré sur la prévention des comportements à risque et des conseils individualisés de santé bucco-dentaire.

⇒ Bilan dentaire à la SAS – Réalisé par le Dr Jean-Philippe BRUN - Annexe 2

Il consiste à une anamnèse médico-dentaire complétée par un questionnement social ainsi qu'un volet addictologique précis. Est réalisé un odontogramme qui permet la réalisation d'un « croquis » de plan de traitement ou d'identifier le caractère urgent d'un soin. Ce bilan réalise une séance individuelle de prévention et d'éducation bucco-dentaire.

- Cette consultation permet d'établir approximativement le nombre de séances nécessaires à la réhabilitation orale du patient détenu, à destination de l'équipe notamment pour expliciter les besoins de rendez-vous extérieurs.
- Le Dr BRUN peut orienter certains patients vers l'UHSI pour des besoins spécifiques.
- Il peut également soigner un patient à titre exceptionnel à l'UCSA dans le cadre d'une urgence.

Ces bilans pluridisciplinaires pour chaque patient sont discutés en réunion d'équipe du mardi et un projet médico-social individualisé est élaboré. Ce projet de santé est co-construit par le patient et ses référent(e)s en rapport avec les conclusions de la réunion. On discute alors des modalités, des priorités et des moyens mis en œuvre pour le patient concerné.

Ensuite, un suivi régulier de la personne par ses référents permet d'échanger régulièrement autour du projet. L'accès aux droits permet la réalisation du projet de soins et la prise en charge des patients par les professionnels de santé.

En résumé, les trois outils majeurs de la prise en charge sont les bilans, le projet individualisé et la réunion hebdomadaire avec la participation de l'ensemble de l'équipe débouchant sur les décisions de prise en charge.

➤ **Permission de sortie et accompagnement**

La SAS permet donc des permissions de sortie vers les professionnels de santé ou des institutions de droit commun, réaffirmant la dualité médico-sociale dans la réinsertion du patient. L'autorisation de sortie est défendue devant la commission d'aménagement de peines (CAP).

La première sortie de la personne pour raison médicale est systématiquement accompagnée par un de ses référent(e)s. Si d'autres sorties sont nécessaires, la décision d'accompagnement est réévaluée en réunion selon l'autonomie de la personne, le lien avec la structure ou le professionnel de santé ou le risque de consommation de substances associé au profil du patient.

➤ **Rôles du travailleur socio-éducatifs (TSE)**

Il s'entretient avec la personne détenue et distingue les leviers principaux de l'accompagnement :

- Assure l'accès aux droits (maladie, logements, allocations...) des personnes détenues. La mise à jour des droits « sécu » et/ou l'acquisition d'une CMU-C/AME est indispensable pour être pris en charge chez un praticien de ville
- Travaille en partenariat en interne avec le SPIP et la commission d'application des peines
- Gère du planning des sorties et de prise en charge
- Travaille en coordination avec les praticiens de ville prenant en charge les patients de la SAS
- Constitue le référent social de la personne détenue qui peut solliciter le TSE pour ses interrogations
- Accompagne le détenu dans ses sorties pour soin(s) ou rendez-vous administratifs

➤ **Rôles de l'infirmier(e)**

Leur rôle est stratégique dans l'US de la SAS, où s'exprime la dualité médico-sociale du métier. En effet, les objectifs et enjeux du projet mettent en avant la dimension sociale de la profession.

- Constitue le référent « santé » de la personne détenue
- Réalise le bilan infirmier d'entrée et dépiste les éventuels problèmes
- Prend en charge les urgences et oriente vers les différents praticiens de la SAS
- Met en place des actions de prévention et d'éducation à la santé
- Accompagne le détenu dans ses sorties pour soin(s) ou rendez-vous administratifs
- Responsable de la délivrance/dispensation des médicaments, des prélèvements...

➤ **Partenariats et réseaux de professionnels**

Développer le travail de réseau avec les professionnels de santé est primordial pour accueillir les patients. Pour assurer ces sorties, l'équipe développe donc un réseau de professionnels en ville (médecins, dentistes, hôpitaux...) et d'institutions (CSAPA, CAF...).

Ceci ne signifie pas la mise en place d'un conventionnement spécifique, mais la connaissance de l'offre de soin notamment dans les quartiers cibles.

Les partenariats internes et externes sont ainsi fondés sur la pluridisciplinarité, la garantie de la confidentialité et le partage d'informations pertinentes afin d'optimiser le projet global du patient.

➤ Activité en 2019 de l'US de la SAS

Pour évaluer l'activité, les bilans se basent sur le nombre de consultations, sorties, bilans réalisés et réunions du mardi. Cette évaluation permet de constater l'activité et « l'efficacité » de la structure.

- En 2019, 396 personnes ont été détenues (dont 81 restants de 2018) à la SAS.
- 547 permissions de sorties ont été accordées dont 283 accompagnées et 264 non accompagnées
- 52 rendez-vous annulés ou refusés en Commission d'Aménagement de Peine.
- 410 bilans « complets » ont été réalisés entre 2018 et 2019 soit 1871 bilans uni-disciplinaires dont 34,5% par les infirmières, 27,5% par les AS et 38% par les médecins.
- La moitié des sorties concerne des rendez-vous chez un chirurgien-dentiste, viennent ensuite les consultations addictologiques.
- 32 visites de structures ont été réalisées pour présenter le projet et étendre les partenariats externes et le réseau que l'équipe peut solliciter.

b) Education et promotion de la santé

Les trois axes de travail développés à la Structure d'Accompagnement à la Sortie sont donc :

- 1) Accueil, Bilans et Soins primaires
- 2) Éducation et la Promotion à la santé
- 3) Accompagnement vers les lieux de soins suite au projet individualisé

La volonté de l'équipe sanitaire était initialement de consacrer un tiers du temps effectif à chacun de ces objectifs. Cependant, les bilans, la prise des rendez-vous et les accompagnements ont rapidement diminué la place consacrée aux actions de prévention et d'éducation à la santé.

En 2018/2019 ont été ainsi proposées aux personnes détenues 18 séances d'activité groupale d'information, d'Education et de Promotion à la Santé^{Annexe 3}.

Selon l'OMS, la promotion de la santé se définit comme l'ensemble des outils et moyens permettant aux individus d'améliorer la maîtrise, les connaissances et ainsi le contrôle sur leur propre santé. Ces outils concernent une « vaste gamme d'interventions sociales et environnementales », centrés sur la santé au-delà du soin ponctuel, et permettant de protéger la santé et la qualité de vie pour tendre à diminuer les inégalités d'accès aux soins et de santé.

Elle est mentionnée dès la charte d'OTTAWA qui définit les axes à développer et encadre les concepts⁴. Concrètement, les actions menées tendent à renforcer les compétences psycho-sociales de l'individu pour diminuer la précarité de sa situation et participer à la réinsertion sociale et à la stabilité de sa santé lors de la libération.

La promotion de la santé en détention est ainsi définie comme un axe stratégique par l'OMS². La promotion de la santé en détention et ses possibilités reflètent la complexité de la prise en charge des détenus. Cette population vulnérable et précaire cumule souvent les facteurs de risques et présente un état de santé dégradé avec une vraie demande de soins. Les besoins de soins et comportements à risque explicitent les besoins d'action d'éducation à la santé et permettent de dégager des axes de travail.

Cette problématique est détaillée dans un référentiel d'intervention réalisé par le Ministère de la Justice qui affirme la nécessité des actions de prévention et d'éducation auprès de cette population. Le référentiel propose la mise en place d'outils et de process.

Au sein des centres pénitentiaires, ce rôle « promoteur » de santé est assumé par l'UCSA qui coordonne les actions de prévention et d'éducation et peut permettre l'intervention d'associations ou d'acteurs extérieurs.

Ces actions peuvent être complexes à mettre en place via des acteurs externes en raison des impératifs sécuritaires. Elles sont peu développées dans les UCSA ne constituant pas la mission première des soignants peu formés par ailleurs à la réalisation d'actions de prévention ou d'éducation. Les moyens humains ne permettent également que peu de mise en place d'actions réfléchies tant au niveau des outils que de l'organisation.

L'organisation de la SAS permet de rompre ce modèle. Des activités de groupe sont développées et programmées régulièrement. Ces activités sont animées par les membres de l'équipe de l'US en fonction de leurs compétences respectives.

L'objectif est le développement des compétences psycho-sociales et la responsabilisation de la personne détenue sur sa santé à travers l'échange avec les intervenants et ses pairs. Ces missions sont réparties, dans le parcours de la personne détenue, autour de l'arrivée, des groupes thématiques et d'autres actions et activités (**Tableau 7**).

Les compétences psycho-sociales, selon l'OMS, sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. L'acquisition et/ou le développement de ces compétences participe à l'épanouissement personnel et à l'insertion sociale de l'acteur.

D) Evaluation du projet – Remise en question – Pistes d'améliorations

Suite à la crise du COVID19 et à la "pause" dans les sorties consécutives au confinement de l'établissement pénitentiaire, les objectifs du projet et les moyens mis en œuvre par l'équipe de la SAS ont pu être remis en question et partiellement redéfinis.

À l'origine, la finalité était la construction d'un projet de soins visant à permettre l'acquisition d'une autonomie sanitaire et sociale. L'évaluation du projet a distingué une tendance plus centrée sur les sorties que sur la santé dans sa globalité.

Ainsi certains aspects sont remis en question par l'équipe, notamment les bilans systématiques par les médecins et l'idée que la finalité du projet correspond uniquement à une sortie extérieure.

Est recherchée une approche plus globale et complète de la santé par le développement du pouvoir d'agir de la personne. Ce qui sous-tend le développement de nouvelles actions d'éducation à la santé.

Le pouvoir d'agir se définit comme un « gain de contrôle » sur les aspects importants individuellement et collectivement de la vie d'un individu⁵⁹. Il s'agit donc de réguler sa vie en priorisant les éléments empêchant d'en perdre le contrôle. Le développement du pouvoir d'agir s'appuie sur les déterminants spécifiques au milieu concerné, en l'occurrence, pénitentiaire, permettant de diminuer la précarité, renforcer la réinsertion et endiguer la récidive.

En outre, si l'orientation du projet n'est pas fondamentalement différente, c'est dans la répartition des moyens et la démarche dans l'accompagnement des patients qu'est modifié le modèle initial.

Ainsi, l'éducation à la santé et des actions de prévention sont mis au centre des moyens mis en place pour sensibiliser les patients sur leur santé et créer une démarche de « demande » d'accès aux soins, tandis que le projet initial avait une approche plus verticale par la systématisation des bilans pluridisciplinaires.

Cette modification de perspectives et de moyens crée, au-delà de l'accompagnement individualisé, des parcours individualisés. Si le soin des patients reste la finalité du parcours, la sortie sera l'aboutissement d'un processus lié à une demande motivée par les patients.

Cette demande émanera d'une responsabilisation consécutive aux actions de prévention et de promotion de la santé.

➤ Parcours à la SAS « post-COVID19 »

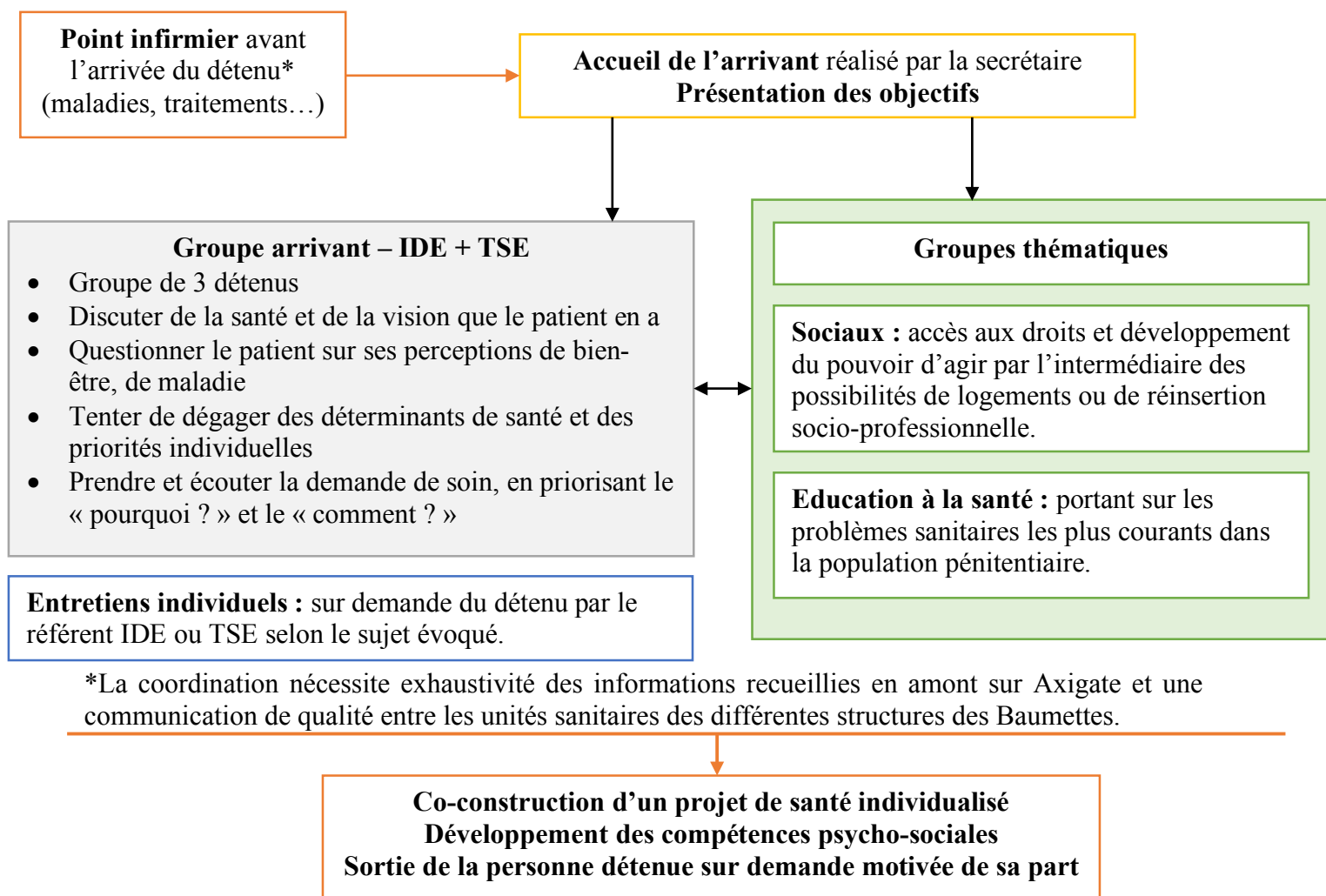


Figure 4 : Schéma du parcours à l'US – Modèle Post-COVID

E) Rôles du chirurgien-dentiste à la SAS

- Identifie des besoins en soins en collaboration avec les IDE
- Met en place les protocoles d'urgences odontologiques à réaliser en son absence
- Oriente des patients vers une sortie pour soin, l'UHSI ou l'UCSA pour un soin d'urgence
- Réalise les bilans et communique le nombre de sorties pour soins dentaires à prévoir
- Assure la communication avec les acteurs internes et externes en santé bucco-dentaire

Les soins odontologiques sont à la fois un vecteur de réintégration dans le monde ouvert mais aussi un indicateur de besoins des personnes détenues.

Les soins dentaires représentent la première demande des patients. La santé bucco-dentaire est donc un levier primordial, par l'intermédiaire d'actions de prévention dans un premier temps et des soins dans un second temps. Cette approche correspond parfaitement aux objectifs du projet SAS et le développement de ces axes représentent un outil de travail pertinent.

3^{ème} PARTIE : CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES DE LA POPULATION DE LA SAS DES BAUMETTES et IMPACT DU CANNABIS SUR LES DETERMINANTS BUCCO-DENTAIRE

L'unité sanitaire de la SAS des Baumettes a réalisé, pour l'année 2019, une synthèse d'informations démographiques et médico-sociales.

Ce travail met en lumière une population jeune (48% des détenus ont moins de 25 ans) en forte situation de précarité, comparable à la population d'une maison d'arrêt « classique ». Un détenu sur deux ne présente pas de ressources (emploi ou prestations sociales).

Un « admis » à la SAS sur dix est sans abri et 79% n'ont pas de lieu de vie durable.

On repère également des « profils patients » qui n'ont jamais entrepris de formation, ou qui n'ont pas été jusqu'au terme, ainsi que des personnes n'ayant jamais exercé une activité.

Cette synthèse relève également une situation complexe en termes de droits et d'accès à la santé. 20% des détenus n'ont pas de titre d'identité valide, et une majorité n'a pas de couverture maladie complète (carte vitale et complémentaire). Cela freine d'autant plus l'accès aux soins pour une population aux revenus précaires.

Les données addictologiques relevées, que nous étayerons dans cette étude, relèvent 84% des détenus consommant du tabac, 55% du cannabis et 48% de l'alcool. La consommation d'autres produits stupéfiants se révèle plus sporadique.

Enfin, au sein de la SAS, 60% des permissions de sorties pour raison médicale concernent des soins dentaires, et s'il a été relevé qu'une grande majorité de patients présente une problématique de santé bucco-dentaire, en lien direct avec leurs habitudes de vie (hygiène bucco-dentaire, alimentation, consommation de substances psychoactives), les pathologies générales chroniques ont une prévalence faible compte tenu du profil populationnel.

A) Objectifs

Cette analyse de données veut dessiner les caractéristiques médicales, addictologiques et bucco-dentaires de la population pénitentiaire accueillie à la SAS des Baumettes et à leur prise en charge au sein de la structure.

L'objectif est d'identifier les déterminants « clés » des personnes détenues à la SAS pour étayer les axes de travail et la pertinence des outils mis en place pour assurer la mission du projet.

En rapport avec la forte prévalence de consommation dans la population étudiée et l'atteinte bucco-dentaire observée chez les consommateurs de cannabis, on cherchera également à mettre en évidence une corrélation entre consommation de cannabis sur la santé bucco-dentaire par des déterminants carieux, parodontaux ou comportementaux.

Enfin, les données seront comparées aux plus récentes études réalisées en milieu pénitentiaire et/ou à celles estimées dans la population générale.

B) Matériels et Méthodes

La collecte d'information associée à cette étude monocentrique a été réalisée à la SAS des Baumettes (Adresse : 239 Chemin de Morgiou, 13009 Marseille).

En concertation avec les médecins responsables et dans un souci de pertinence des résultats, la collecte de données n'inclura que les détenus présents à la SAS au 01/01/2019 et entrés à partir du 01/01/2019 sur le modèle « pré-COVID19 ».

Aux statistiques concernant la santé bucco-dentaire se rajoutera le critère d'inclusion d'avoir « accepté et réalisé l'examen bucco-dentaire lors de l'entrée à la SAS. »

Les critères de non-inclusion étaient donc les suivants :

- Durée passée à la SAS inférieure à 15 jours pour cause de libération ou de transfert
- Entrée après le 01/03/20
- Pour le volet santé bucco-dentaire, le refus ou la non-réalisation de l'examen bucco-dentaire.

La durée de l'étude couvrait ainsi les entrants inclus entre le 01/01/19 et le 01/03/20 soit 14 mois. En conséquence, le nombre d'inclus est de 379 patients pour l'inclusion aux critères généraux et 344 ayant satisfait à l'examen bucco-dentaire.

Les données personnelles identifiantes initiales sont : NOM, PRENOM, N°ECROU, date de naissance, date d'entrée et de sortie de détention. Après recueil de l'ensemble des données odontologiques sur la plateforme AXIGATE et sociale auprès du personnel soignant et accompagnants, ces données seront associées à un code « SASXXX » avec « XXX » trois chiffres de 0 à 9 générés aléatoirement. Afin d'assurer la non-chaînabilité, l'unique version de de la clé de chiffrement a été mise sous clé USB et stockée au sein de la SAS.

Les données « générales » ont été récupérées auprès des services sociaux/assistantes de la SAS, sous forme de tableur réunissant les informations qui nous intéressent.

À partir des listings établis par l'administration pénitentiaire et *pour les inclus* dans les statistiques relatives à la santé bucco-dentaire, l'examen réalisé est archivé par le Dr Jean-Philippe BRUN sur l'outil de DMP/suivi AXIGATE.

Ces informations ont été recueillies lors des examens « de routine » réalisés lors de l'entrée des détenus à la SAS ou de leur détention *via* un questionnaire établi par le Dr BRUN. Il ne s'agit pas d'examens standardisés et réalisés spécifiquement dans le cadre de la présente étude.

Une fois l'ensemble des informations récupérées et les données anonymisées, ont été réalisées les statistiques pour réaliser l'étude de cohorte (évaluant l'exposition au cannabis) :

- Test d'indépendance : on utilisera le test de Student ou du χ^2 (Chi-deux) selon la nature qualitative ou quantitative de la variable
- Comparaisons de moyennes : on utilisera le test de Student
- Comparaisons de proportions : on utilisera le test du χ^2 (Chi-deux) et, si les conditions ne sont pas appliquées ($E_{théorique}$ inférieur à 5)
- Le risque de première espèce α sera fixé à 0,05 soit 5%.

C) Choix des déterminants addictologiques et bucco-dentaire

1) Déterminants généraux – ensemble des inclus

1 : Rendez-vous avec le médecin : YES/NO

2 : Rendez-vous avec le psychiatre : YES/NO

3 : Rendez-vous avec le chirurgien-dentiste ? : YES/NO

4 : Présentation du dossier du patient en réunion pluridisciplinaire : YES/NO

5 : Suite du parcours : libération (Lib) OU transfert (T) OU mise sous surveillance électronique (SE) OU semi-liberté (SL)

2) Déterminants addictologiques et bucco-dentaires – Inclus les patients ayant satisfait à l'examen bucco-dentaire

6 : Suivi dentaire en libéral – Suivi par un chirurgien-dentiste « référent » :

- ✓ Sera indiqué YES si le détenu déclare un suivi régulier et/ou un chirurgien-dentiste traitant
- ✓ Sera indiqué NO si le détenu n'a jamais été soigné hors détention et/ou si aucun suivi dentaire n'est effectué en milieu ouvert et/ou si le dernier RDV est supérieur à 2 ans

7 : Présence d'une consommation de tabac :

- ✓ Sera indiqué YES si le sujet présente une consommation de tabac
- ✓ Sera indiqué NO si le sujet ne consomme pas ou plus de tabac

8 : Quantification de la consommation de tabac : Nombre de cigarettes consommée par jour sur déclaration durant le bilan bucco-dentaire.

9 : Nombre d'années de consommation tabagique : déclarées durant le bilan bucco-dentaire.

10 : Mesure de la consommation de tabac en PA (Paquet-année) : Calculé suivant la consommation et le nombre d'années déclarées.

11 : Présence d'une consommation d'alcool :

- ✓ Sera indiqué YES si le sujet déclare une consommation d'alcool
- ✓ Sera indiqué NO si le sujet ne consomme pas ou plus d'alcool

12 : Quantification de la consommation d'alcool : Nombre de verres consommée par semaine sur déclaration durant le bilan bucco-dentaire. Si NO est indiqué dans la présence d'une consommation d'alcool, on notera ATCD si le sujet a rencontré des problèmes avec sa consommation d'alcool par le passé.

13 : Situation de consommation « excessive » d'alcool :

- ✓ Sera indiqué YES si le sujet présente une consommation d'alcool supérieure à 3 verres/jour soit 21 verres/semaine
- ✓ Sera indiqué NO si le sujet consomme moins de 3 verres/jour ou déclare une consommation occasionnelle

14 : Présence d'une consommation de cannabis :

- ✓ Sera indiqué YES si le sujet présente une consommation de cannabis lors de l'incarcération ou durant la détention
- ✓ Sera indiqué NO si le sujet ne consomme pas de cannabis ou que l'arrêt est antérieur à l'incarcération

15 : Quantification de la consommation de cannabis : Nombre de joints consommés par jour sur déclaration durant le bilan bucco-dentaire classé en 3 catégories :

- ✓ Inférieure à 1 joint/jour – « Modérée »
- ✓ Comprise entre 1 et 4 joints/jour – « Moyenne »
- ✓ Supérieure à 4 joints/jour – « Importante »

Si NO est indiqué dans la présence d'une consommation de cannabis, on notera ATCD si le sujet a rencontré des problèmes avec sa consommation de cannabis par le passé.

16 : « Patient fumeur » ou non = consommation de tabac et/ou de cannabis : YES/NO

17 : Consommation de stupéfiants hors cannabis : YES/NO.

- ✓ Si YES, noter la substance consommée si indiquée lors de l'entretien.
- ✓ Si YES sans indication de substance consommée, la case du tableau sera non-remplie.

18 : Présence d'un besoin de prothèse (fixe ou amovible) suivant les constatations lors de l'examen et l'odontogramme réalisé lors du bilan : YES/NO.

19 : Présence d'un préjudice esthétique :

- ✓ Sera indiqué YES si :
 - Manque d'une dent de 24 à 24 et/ou de 34 à 44
 - Caries sur 2 faces ou plus du bloc antérieur maxillaire
 - Composites inesthétiques de 11/21
 - Dégradation importante du bloc antérieur mandibulaire : à partir de 2 caries supérieure à deux faces de 34 à 44 et/ou une racine à extraire.
 - Classe III osseuse/dentaire marquée
 - Jonction inesthétique PF/dent naturelle au niveau 11/21
 - Mobilités importantes antérieures – Récessions de type 2 et 3 de Cairo⁶⁰ de 13 à 23
- ✓ Sera indiqué NO en l'absence des critères cités

20 : Présence d'un préjudice fonctionnel, noté de 0 à 4, selon :

- ✓ 0 : Pas d'atteinte ou atteinte faible des dents pluricuspidées – Calage antérieur et postérieur
- ✓ 1 : Instabilité ou perte du calage postérieur pour une héli-arcade, par atteinte carieuse importante ou perte de dents pluricuspidées – Calage antérieur présent
- ✓ 2 : Instabilité importante (>4 dents) ou perte du calage postérieur pour les deux héli-arcades, par atteinte carieuse importante ou perte de dents pluricuspidées – Calage antérieur présent OU Prothèse totale à réparer, à rebaser ou inadaptée
- ✓ 3 : Perte de la plupart des rapports intercuspidiens – Absence de calage postérieur complet – Présence d'un calage antérieur fragilisé
- ✓ 4 : Perte de tous les rapports intercuspidiens – Absence de calage antérieur et postérieur

21 : Présence de problèmes parodontaux :

- ✓ Sera indiqué YES si :
 - Indice de Silness and Loe⁶¹ (1964) de 2 (plaque visible à l'œil nu) ou de 3 (très abondante)
 - Indice gingival de Loe (1967) de 2 (saignement au sondage) ou de 3 (saignement abondant)
- ✓ Sera indiqué NO en l'absence des critères cités ci-dessus

22 : Présence d'un besoin de soins parodontaux – d'un thérapeutique initiale et/ou d'une séance complète d'une motivation à l'hygiène :

- ✓ Sera indiqué YES si :
 - YES est indiqué au point précédent « présence de problèmes parodontaux »
 - Le patient présente une technique de brossage évaluée comme insuffisante ou très insuffisante
 - Indice de tartre DIS supérieur ou égal à 2⁶²
- ✓ Sera indiqué NO en l'absence des critères cités ci-dessus

23 : Fréquence du brossage quotidien : inférieur à 1, égal à 1, égal à 2, égal à 3

24 : Présence de comportements alimentaires à risques :

- ✓ Sera indiqué YES si l'on retrouve : grignotage récurrent entre les repas et/ou consommation quotidienne de boissons sucrées
- ✓ Sera indiqué NO s'il n'y a ni grignotage chronique ni boissons sucrées quotidiennes

25 : Soins nécessités après le bilan bucco-dentaire hors détartrage et hors réfection de prothèses déjà existantes :

- ✓ Sera indiqué YES si l'on retrouve des soins prothétiques, conservateurs, endodontiques, parodontaux et chirurgicaux à réaliser
- ✓ Sera indiqué NO dans le cas contraire : aucun besoin de soin hors détartrage/contrôle

26 : Quantification du nombre de séances nécessaire selon l'odontogramme. Cette donnée, récoltée à visée de communication avec l'équipe, est approximative et indiquée pour information sur la base de 2 soins conservateurs ou extractions/séance, 1 soin endodontique/séance, 4 séances pour de la prothèse fixée simple, 5 séances pour un appareil amovible partiel et 6 séances pour un appareil amovible complet. Cette donnée ne fera pas l'objet d'évaluation statistique.

27 : Indice CAO collectif moyen correspond à la moyenne du nombre total de dents cariées (C), absentes pour cause de carie (A) et obturées définitivement (O) d'une population donnée, rapportée au nombre de personnes examinées⁶³.

28 : Indice CAOF, rapport de la somme des surfaces/faces des dents cariées, absentes ou obturées (CAOF), au nombre total de patients examinés. L'indice CAO F mesure l'ensemble de l'atteinte carieuse et constitue un indice général de la condition dentaire d'une population¹⁹.

D) Résultats

Âge lors de l'incarcération	Nombre de détenus, sur 375 inclus	%	Moyenne
Moins de 23 ans	125	33,333333	20,48
23 à 30	106	28,266667	25,85
30 à 45	119	31,733333	37,65
45 & plus	25	6,666667	53,51
<i>Total</i>	375	100	28,75

L'étude de la structure d'âge de la population de la SAS décrit une population très jeune, avec une moyenne inférieure aux résultats de précédentes études réalisées en milieu pénitentiaire^{8,12,68} et très inférieure aux données populationnelles.

Variables de prise en charge	Inclus	Fréquence	
		Fréquence absolue	%
Vu par un médecin	379	379	100
Vu par un psychiatre	379	377	99,472296
Vu par un chirurgien-dentiste	379	344	90,765172
Présenté en réunion pluridisciplinaire	379	223	58,83905
Comportements addictologiques			
Consommation de tabac	344	290	84,302326
Consommation de cannabis	344	200	58,139535
Antécédents de consommation de cannabis pour les non-consommateurs	144	31	21,527778
Consommation de stupéfiants hors cannabis	344	30	8,7209302
Déclaration d'un arrêt de consommation de cannabis	215	29	13,488372
Données bucco-dentaires			
Besoin de prothèse	344	231	67,151163
Préjudice esthétique visible	344	178	51,744186
Problèmes parodontaux objectivés	344	191	55,523256
Thérapeutique parodontale et/ou MHBD nécessaires	344	297	86,337209
Soins nécessaires hors détartrage hors réfection de prothèses	344	298	86,627907
Soin à réaliser en urgence	344	114	33,139535
Présence de comportements alimentaires à risque	344	311	90,406977

Les données récoltées concernant la prise en charge révèlent la réalisation des trois bilans pour une grande majorité des patients. Les 40% de dossiers non-présentés en réunion concernent le patient orienté ou libéré avant d'être « staffé ».

Les comportements relatifs à l'addiction, consommation tabagique ou de substances se confirment comme un facteur de risque médico-social pour plus de 9 détenus sur 10.

L'état bucco-dentaire des détenus, indissociable des addictions, se présente comme très dégradé avec plus d'un détenu sur deux présentant un problème esthétique antérieur et 87% des patients examinés présentant un besoin de soins dentaires.

Données tabagiques quantitatives	<i>Inclus</i>	<i>Moyenne</i>	Q1	Median	Q3
Consommation en nombre de cigarettes par jour	292	15,11	10	15	20
Nombres d'années de consommation tabagique	288	12,57	6	10	17
Consommation en paquets/années	288	10	2,8	7	13,5

Données addictologiques qualitatives	<i>Inclus</i>	<i>Class 1</i>	Class 2	Class 3
		Occasionnel	< 3 verres/jour	>3 verres/jour
Consommation d'alcool en verres/semaine rapportées par jour	194	84	43	67

		<1 joint/jour	1 à 4 joints/jour	>4 joints/jour
Consommation de cannabis en joints consommés par jour	185	26	54	105

Si la consommation d'alcool est majoritairement modérée, on voit que le cannabis, tant par la proportion (60%) de son utilisation que par la « dose » moyenne explicitée par le nombre de joints consommés par jour, représente le premier problème addictologique dans la population étudiée.

De plus, si on lie la moyenne calculée de 10 PA avec l'âge moyen de notre population (28 ans), on peut conclure à une consommation de tabac précoce et quantitativement importante.

Ces consommations participent, au-delà des facteurs de risque et de comorbidités qu'elles représentent, à la marginalisation sociale et à l'aggravation de la santé de patient en milieu fermé.

Données pénitentiaires	Effectif	Fréquence relative	Fréquence absolue cumulée	Fréquence relative cumulée croissante
<u>Transfert externe</u>	76	0,200527704	76	0,200527704
<u>Libération</u>	87	0,229551451	163	0,430079156
<u>Transfert interne</u>	22	0,058047493	185	0,488126649
Suite du parcours <u>Surveillance électronique</u>	115	0,303430079	300	0,791556728
<u>Liberté conditionnelle</u>	30	0,079155673	330	0,870712401
<u>Non-enseigné</u>	47	0,124010554	377	0,994722955
<u>Évadé</u>	2	0,005277045	379	1
Total	379	1	379	1

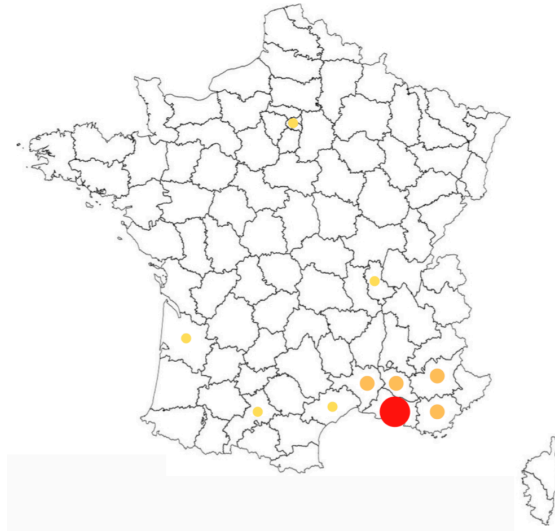
D'un point de vue institutionnel, un passage à la SAS « réussi » est synonyme d'une libération, libération conditionnelle ou mise en surveillance électronique accordée par le juge. Cette évolution est possible pour les détenus qui prennent part à leur réinsertion sur les plans médicaux et sociaux. De nombreux détenus admis à la SAS sont également libérés en fin de peine.

D'autre part, la proportion des transferts externes/internes, concernant environ 1 détenu sur 3 s'explique par une nouvelle peine qui rend administrativement inéligible le détenu au « projet SAS » ou des impératifs judiciaires/de comportement.

Localisation de résidence à l'incarcération - Attaches géographique - Sur 349 détenus inclus

Département de résidence à l'incarcération

Département	Effectif	Fréquence relative
13	316	90,54441261
83	3	0,859598854
83	2	0,573065903
30	2	0,573065903
4	2	0,573065903
31	1	0,286532951
33	1	0,286532951
69	1	0,286532951
38	1	0,286532951
75	1	0,286532951
34	1	0,286532951
<i>Sans-abri</i>	18	5,157593123
Total	349	100



Commune de résidence - Bouches du Rhône - Sur les 316 inclus

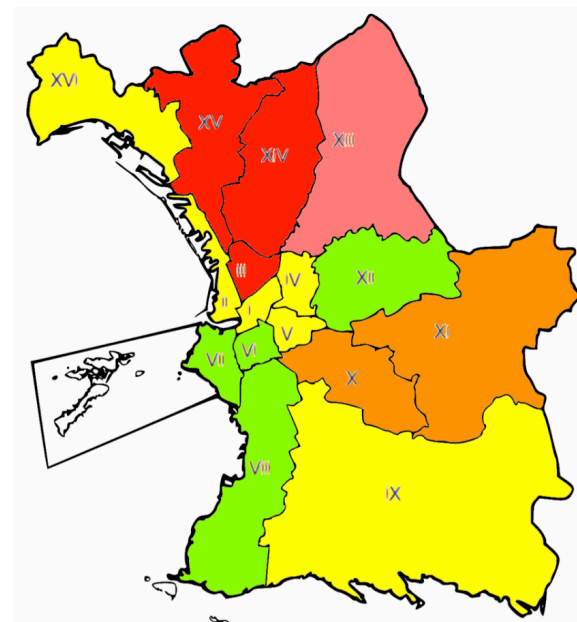
Département	Effectif	Fréquence relative
Marseille	281	88,92405063
Aix en Pce	3	0,949367089
Aubagne	6	1,898734177
La Ciotat	4	1,265822785
Istres	3	0,949367089
Carnoux	1	0,316455696
Marignane	1	0,316455696
Vitrolles	2	0,632911392
<i>Autres</i>	15	4,746835443
Total	316	100

L'analyse de la localisation de résidence déclarée, ou, à défaut, la future résidence d'installation, permet de mettre en lumière les inégalités socio-économiques et sociodémographiques de la cité phocéenne et ses proches alentours.

La densité carcérale (nombre de détenus pour 100000 habitants) est 15 fois plus importante dans le 13^{ème} et 3^{ème} arrondissement que dans le 8^{ème}. Si la distribution intra-muros de Marseille ne présente pas de biais, le « projet SAS » prend tout son sens lorsque le milieu de vie est proche de l'EP ce qui peut biaiser la distribution départementale/régionale par le « tri » des détenus.

Arrondissement de résidence - Marseille - Sur les 281 inclus

Département	Effectif	Fréquence relative	Densité carcérale SAS
1er	12	4,270462633	30
2e	13	4,62633452	52
3e	35	12,45551601	74,46808511
4e	13	4,62633452	27,08333333
5e	10	3,558718861	21,73913043
6e	5	1,779359431	11,62790698
7e	4	1,423487544	11,42857143
8e	4	1,423487544	5
9e	15	5,338078292	20,27027027
10e	21	7,473309609	37,5
11e	17	6,049822064	29,56521739
12e	7	2,491103203	11,47540984
13e	28	9,964412811	30,76923077
14e	47	16,72597865	75,80645161
15e	42	14,94661922	55,26315789
16e	8	2,846975089	50
Total	281	100	



Quartiers sensibles retrouvés & Arrondissements

La Caillolle	13008	La Parternelle/Marine	13014
La Castellane	13016	Les Rosiers	13014
Frais-Vallon	13013	Campagne-Levêque/La Viste	13015
Felix Pyat	13003	La Cabucelle/La Calade	13015

Déterminants de santé orale	<i>Inclus</i>	<i>Class 1</i>	<i>Class 2</i>	<i>Class 3</i>	<i>Class 4</i>	<i>Class 5</i>	Q1	Median	Q3	Moyenne
Fréquence de brossage de dent quotidien		<1	1	2	3		1	1	2	
		71	143	28	29					
Présence d'un préjudice personnel, <i>noté de 1 à 4</i>	344	0	1	2	3	4	0	2	3	1,58
		95	73	87	56	31				
Nombre de séances de soin nécessaires chez un chirurgien-dentiste	298	1 à 2	3 à 5	5 à 10	>10		3 à 5	6 à 10	6 à 10	6,47
		51	87	116	44					
Etiologie de l'urgence nécessitant un soin bucco-dentaire	114	Douleur	Infection	Fonction	Parodontal	Others				
		52	50	8	2	2				
<i>CAO</i>	329	23 ans et -	23 à 30	30 à 45	45 et +					8,14
		5,47	8,76	9,18	15,75	<i>Moyenne</i>				
<i>CAOF</i>	329	23 ans et -	23 à 30	30 à 45	45 et +					15,01
		10,21	17,49	17,08	22,95	<i>Moyenne</i>				

Concernant l'état bucco-dentaire, on peut objectiver des problèmes à plusieurs niveaux. D'abord, l'hygiène, la connaissance et la prévention des risques : 9 détenus sur 10 présentent un besoin parodontal (TI/détartrage/MHBD) et plus de la moitié des détenus se brossent les dents 1 fois par jour ou moins. Ensuite, au niveau carieux et infectieux : un tiers des patients présentent un soin qui relève de l'urgence, dont la majorité suite à des situations de « pulpite » ou d'infections péri-apicales occasionnant abcès voire cellulites. L'indice CAO est élevé dès la première catégorie d'âge allant contre la tendance baissière de cet indice depuis l'après-guerre¹⁶. L'atteinte fonctionnelle est enfin également à mettre en lumière, avec une perte complète de calage postérieur chez plus d'un tiers des patients examinés et une dégradation postérieure des deux héli-arcade chez la majorité des patients.

On note qu'ainsi, en moyenne, 8 rendez-vous pour soins OCE/prothèses sont nécessaires (hors détartrage et thérapeutique initiale parodontale). Ce chiffre reste une approximation praticien-dépendante et nécessiterait un/des examen para-clinique complet et l'établissement d'un plan de traitement précis.

Comparaison des déterminants dentaires selon l'exposition (actuelle/ATCD) à une consommation de cannabis

		<i>Exposé (n = 232)</i>	<i>Non-exposé (n = 112)</i>	<i>Test utilisé</i>	<i>P value</i>
<i>Moyenne d'âge</i>		28,27	29,55	<i>Student</i>	0.1944
<i>Nombre de dents cariées en moyenne chez 1 individu</i>		5,63	3,18	<i>Student</i>	2.95E-7
<i>Indice CAO</i>		9,05	6,3	<i>Student</i>	0.000165
<i>Indice CFAO</i>		17,58	9,6	<i>Student</i>	9.95E-9
Consommation de stupéfiants hors cannabis	NO	210	105	<i>Chi-deux</i>	0,3675
	YES	21	7		
	%	9,090909091	6,25		
Besoin de prothèse	NO	76	49	<i>Chi-deux</i>	0,051
	YES	155	63		
	%	67,0995671	56,25		
Préjudice esthétique	NO	101	64	<i>Chi-deux</i>	0,01
	YES	130	48		
	%	56,27705628	42,85714286		
Problèmes parodontaux objectivés	NO	87	64	<i>Chi-deux</i>	0,0006
	YES	144	48		
	%	62,33766234	42,85714286		
Education à l'hygiène et thérapeutique initiale parodontale à faire	NO	18	27	<i>Chi-deux</i>	3,13E-05
	YES	211	85		
	%	92,13973799	75,89285714		
Comportements alimentaires à risque	NO	12	20	<i>Chi-deux</i>	0,00013
	YES	219	91		
	%	94,80519481	81,98198198		
Besoin de soins dentaires	NO	23	22	<i>Chi-deux</i>	0,01
	YES	208	90		
	%	90,04329004	80,35714286		

La population de la SAS présentant une forte proportion de patients consommant ou ayant consommé du cannabis était un contexte idéal pour lier la consommation de cannabis aux déterminants de santé bucco-dentaire.

Si l'unanimité des critères sont majorés/dégradés dans l'échantillon présentant une exposition au cannabis, certains présentent une augmentation statistiquement significative. Le sujet « fumeur de cannabis » présente un besoin de soin plus important, avec une forte atteinte parodontale et carieuse.

On peut clairement, au-delà des effets biologiques de la consommation de cannabis et du tabac fumé « avec », que les comportements de l'échantillon exposé au cannabis se révèlent particulièrement délétères sur la santé bucco-dentaire : le brossage est moins fréquent et les comportements alimentaires significativement plus à risque dans le groupe exposé.

Comparaison population/études - $\alpha = 5\%$ - $N_{alpha} = 1,96$

		<i>Valeur calculée</i>		<i>Valeur comparée</i>	<i>Source</i>	<i>Test utilisé</i>	<i>Valeur test seuil</i>	<i>Conclusion du test</i>
Consommation de tabac	YES	290	<i>Population</i>	32%	<i>INPES</i>	<i>Comparaison de pourcentages, échantillons non-appariés</i>	20,79	Rejet de H0
	NO	54						
	%	84,30232558	<i>Pénitentiaire</i>	77,80%	<i>12</i>		2,85	Rejet de H0
Consommation active de cannabis	YES	200	<i>Population</i>	11%	<i>OFDT</i>	<i>Comparaison de pourcentages, échantillons non-appariés</i>	27,72	Rejet de H0
	NO	144						
	%	58,13953488	<i>Pénitentiaire</i>	29,80%	<i>12</i>		11,2	Rejet de H0
Consommation de cocaïne	YES	27	<i>Population</i>	0,60%	<i>OFDT</i>	<i>Comparaison de pourcentages, échantillons non-appariés</i>	14,48	Rejet de H0
	NO	317						
	%	7,848837209	<i>Pénitentiaire</i>	7,70%	<i>12</i>		0,1	Pas de rejet de H0
Soins bucco-dentaires nécessaires	YES	298	<i>Population</i>			<i>Comparaison de pourcentages, échantillons non-appariés</i>		
	NO	46						
	%	86,62790698	<i>Pénitentiaire</i>	50,00%	<i>12</i>		13,36	Rejet de H0
Âge moyen		28,75	<i>Population</i>	41,2	<i>INSEE, 2016</i>	<i>Loi Normale</i>	5,32E-79	Rejet de H0
			<i>Pénitentiaire</i>	34,4	<i>Ministère de la Justice, 2012</i>		4,78E-25	Rejet de H0

Ici :

- Pas de rejet de H_0 : Pas de différence admise entre la valeur dans la population de la SAS et la valeur comparée de la population générale ou d'une enquête précédente en milieu pénitentiaire
- Rejet de H_0 : Différence statistique admise entre la valeur calculée et la valeur étudiée

Si l'on pouvait s'attendre à des proportions plus élevées dans la consommation de substances psychoactives par rapport à la population générale, on peut constater que certaines données sont statistiquement supérieures aux valeurs retrouvées dans l'étude DRESS de 2003 – seule étude assez complète.

Il faut se questionner sur l'imputabilité de différence retrouvée : est-elle liée à la sélection des entrants à la SAS par la CAP ? quelle est l'évolution des déterminants dans la population depuis 2003 et quelles projections pourrions-nous faire en milieu pénitentiaire ?

L'âge moyen est un parfait exemple d'une différence statistique ne pouvant pas être assimilée à une conclusion. En effet, la sélection à l'entrée et les critères « d'inclusion » à la SAS gommant le caractère « aléatoire » du déterminant « âge » dans l'échantillon.

E) Discussion

Les présents résultats décrivent une population jeune, fortement consommatrice de tabac et de cannabis. Cette population présente un âge moyen plus faible que lors des précédentes études en milieu pénitentiaire, ainsi que des consommations de psychoactifs plus importantes.

Le biais de sélection des entrants à la SAS par une commission constitue la première limite du présent travail. La transposition des chiffres retrouvés à l'ensemble de la population pénitentiaire doit être nuancée par les critères de sélection inconnus.

Cette constatation est aussi associée au caractère de maison d'arrêt des Baumettes qui « alimente » en patients la SAS. N'ayant pas de centre de détention dans l'établissement pénitentiaire, les profils associés à des détenus en fin de longue peine sont pour l'instant peu ou pas retrouvés au sein de la population de la SAS.

Les déterminants bucco-dentaires font apparaître un état dentaire très dégradé, avec une forte atteinte fonctionnelle. Une majorité de personnes détenues présente un préjudice esthétique. La situation parodontale explicitée statistiquement est encore plus préoccupante.

Les habitudes d'hygiène et comportements alimentaires sont les facteurs de risque évidents de l'altération bucco-dentaire. C'est un axe primordial de travail pour les actions d'éducation à la santé mises en place.

Le biais principal reste l'aspect déclaratif des informations addictologiques et comportementales. Néanmoins, les examens supports de cette étude ayant été réalisés lors de bilans sans lien avec le présent travail, sur la base d'un même questionnaire et par le même opérateur renforce la fiabilité du relevé de données déclaratives.

La conclusion d'une corrélation statistique entre la consommation de cannabis, l'altération de l'état dentaire et l'atteinte parodontale doit être nuancée :

- Elle ne permet pas de conclure sur la nature du lien de causalité : biologique/physiologique ou comportementale.
- Il peut exister d'éventuels biais de distribution socio-économique, de structure d'âge, de consommations associées de tabac, d'alcool ou d'autres stupéfiants.

Enfin, on regrette l'absence de critères sociodémographiques supplémentaires : présence d'un logement stable, revenus avant incarcération, situation familiale ou maritale...permettant de contextualiser la précarité dont on discute plus haut et les réalités socio-économiques.

L'inclusion de certains de ces critères a été discutée mais le relevé trop arbitraire ou irrégulier sur l'ensemble des inclus et la prédominance du biais déclaratif ont abouti à l'absence de prise en compte de ces critères.

Ces résultats permettent d'abord de dresser un portrait de la population pénitentiaire en maison d'arrêt en 2020. Ils orientent ainsi sur les axes de travail pour le développement d'action de prévention et d'éducation à la santé.

La corrélation entre certaines atteintes bucco-dentaires et la consommation de cannabis doit également motiver le chirurgien-dentiste à prendre en compte cette donnée dans ses soins associée à une démarche de prévention individualisée.

Conclusion

Ce travail de thèse vient comparer une prise en charge classique en maison d'arrêt à celle de la Structure d'Accompagnement à la Sortie (SAS) des Baumettes. Il donne suite aux données de la littérature et constate une atteinte carieuse précoce et étendue d'une population carcérale souvent en situation de précarité.

Cette population, très jeune, a eu peu recours aux soins bucco-dentaires avant l'incarcération. Pourtant la demande est très importante en prison. À la maison d'arrêt Baumettes, quantitativement, cette demande de consultations dentaires est équivalente à celle en médecine générale. L'odontologie constitue ainsi la première spécialité somatique sollicitée.

À l'image d'autres disciplines médicales (médecine générale, maladies infectieuses, psychiatrie et addictologie), la prise en charge odontologique doit être envisagée au-delà des murs. Les maux retrouvés chez les personnes détenues n'apparaissent pas à l'incarcération. Elles sont notamment en lien avec une forte précarité. C'est à cette classe socio-économique vulnérable et peu mise en avant par les études sanitaires qu'il faut s'intéresser. La population pénitentiaire apparaît ici comme la partie visible d'un iceberg.

Alors qu'une prise en charge efficace en maison d'arrêt est de nos jours possible, se pose désormais alors la question de la continuité des soins à la sortie. C'est à cette problématique qu'essaie de répondre la structure pilote de la Structure d'Accompagnement à la Sortie des Baumettes. L'articulation des soins « dedans – dehors » par un accompagnement médico-social représente ainsi l'axe principal de travail de la structure.

L'objectif étant qu'un détenu, après sa libération, puisse pouvoir être pris en charge sans discontinuité chez un praticien de ville. Les barrières pouvant entraver ce suivi, à l'instar des problématiques de couverture sociale, peuvent être ainsi levées avant la libération.

L'étude réalisée à la SAS constate des comportements à risque liés aux addictions (tabac, cannabis), à une faible hygiène bucco-dentaire et aux comportements alimentaires. Elle met notamment en lumière une corrélation entre exposition au cannabis et développement de problèmes carieux et parodontaux.

La Structure d'Accompagnement à la Sortie (SAS) s'inscrit dans cet objectif de promotion de la santé auprès des personnes détenues. L'accompagnement médico-social permet la co-construction d'un projet basé sur le développement du pouvoir d'agir. Ce travail novateur est assuré par la collaboration des acteurs médicaux (médecin, psychiatre, chirurgien-dentiste), paramédicaux et de structures encadrant les personnes détenues dans leurs consommations addictives.

Plus généralement, c'est dans le développement des concepts de santé et la responsabilisation des personnes que le *delta sanitaire* avec la population générale tendra à se réduire.

Le chirurgien-dentiste « de ville » doit se questionner sur son rôle de sentinelle dans le parcours de santé. L'éducation à la santé et l'accès à une couverture sociale doivent être valorisées dans la pratique quotidienne. De même, les conclusions addictologiques doivent amener le praticien à incorporer la consommation de toxiques dans son anamnèse et le plan de traitement, à l'image de la posture vis-à-vis du tabac.

	MONDE	EUROPE (≠ UE)	FRANCE
<i>Aspects sanitaires généraux</i>	Déclaration universelle des droits de l'homme	Charte sociale européenne	Constitution française Loi du 4 mars 2002 Code de déontologie
	Charte d'OTTAWA		
<i>Aspects spécifiques concernant la personne détenue</i>	Programme HIPP	CPT Règles pénitentiaires européennes	Loi de 1994 Instructions de 2011/2017 Loi pénitentiaire de 2009
	Déclaration de Tokyo		

Tableau n°1 : Récapitulatif des textes de législation sanitaire aux échelles mondiale, européenne et nationale

Thème	Recherche	Nombre de Réponses 2000-2020
Prison/Détention	prison* OR jail* OR inmate*	79 642
Chevaux	Horse* OR Equitation*	144 567
DNA/RNA	DNA* OR RNA*	1 350 432

Tableau n°2 : Comparatif du nombre de réponses sur ScienceDirect pour différents thèmes recherchés

	A : Total de références obtenues	B : Fréquence relative** en %	C : Fréquence relative cumulée en %
Santé mentale	253	30	30
Addictions	167	20	50
Maternité et « Femmes »	89	11	61
Maladies et risque infectieux	71	8,4	69,4
Suicides et automutilations	46	5,4	74,8
Handicap et déficience	40	4,7	79,5
Maladies chroniques	38	4,5	84
Gastro-entérologie	8	0,95	84,95
Santé Bucco-dentaire	8	0,95	85,9
Dermatologie	12	1,4	86,3
Rhumatologie	6	0,71	90,71
Autres	102	12	102,71*
Total	840	102,71*	102,71*

*Différent de 100% car les données sont exprimées avec 2 chiffres significatifs après la virgule

Tableau n°3 : Comparaison par thématiques des références obtenues sur Sciencedirect avec la recherche « health* AND prison* OR jail* OR inmate* »

	Sociodémographique	Système de soin	Contexte carcéral
Source et indicateur	<i>OMS – Human development index (IDH) – 2019</i>	<i>Legatum Institute – 2019⁹ OMS – 2000¹⁰</i>	<i>Institut de veille sanitaire¹¹</i>
Pays comparables à la France	Etats-Unis Canada Royaume-Uni Finlande Norvège Irlande Australie Nouvelle-Zélande Italie Allemagne Luxembourg Belgique Pays-Bas Suisse Autriche Suède	Suisse Norvège Islande Danemark Pays-Bas Autriche Espagne Suède Italie Luxembourg Belgique Royaume-Uni Finlande Portugal Etats-Unis Australie	Australie Nouvelle Zélande Canada Etats-Unis Allemagne Belgique Allemagne Danemark Espagne Finlande Italie Norvège Pays-Bas Royaume-Uni Suisse

Tableau n°4 : Comparaison France/autres nations selon différents critères

	<i>Falissard³¹ – 2006 Coldefy – 2004 Entrants – n = 2300</i>	<i>Plancke⁸⁹ – 2017 Entrants – n = 653</i>	<i>Population générale Santé publique France 2017</i>
<i>Dépendance</i>	25%	26,3% drogues 22,7% alcool	10% alcool
<i>Dépression</i>	17,9%	15,6%	9,8%
<i>Anxiété généralisée</i>	12%	25,9% sur les 6 derniers mois	2,1% sur la dernière année
<i>Risque suicidaire</i>	22%	15,1% moyen/élevé	< 10% en janvier 2000

Tableau n°5 : Prévalence de problèmes psychiatriques en détention

Moyens humains	Locaux
Secrétaire	Secrétariat
Travailleur socio-éducatif (TSE) (2)	Bureaux
Infirmier(e)s (3)	Salle de soins pour IDE
Médecin généraliste	Salle de bilans médicaux & odontologiques
Chirurgien-Dentiste	
Médecin Psychiatre - Coordinateur	Salle d'attente et d'accueil

Tableau 6 : Organisation de l'unité sanitaire de la SAS – Équipe et Locaux

Arrivée (Accueil et bilans) : Information, Description du projet	Groupes thématiques : Actions de prévention et d'éducation à la santé	Autres actions et activités (Annexe 2)
<ul style="list-style-type: none"> Individuelle Axé sur la vaccination, le dépistage, l'hygiène Discussion des problématiques individuelles Identification de besoins en soins Remise d'un livret d'accueil 	<ul style="list-style-type: none"> De groupe (4 à 10) Mises en place périodiquement Axés sur les comportements à risque (Tabac, Cannabis, Alcool...) Axés sur les problématiques de santé les plus fréquentes (santé bucco-dentaire, suivi psychiatrique...) 	<ul style="list-style-type: none"> De groupe Orientation détendue centrée sur l'échange et la confiance Ouverture à la connaissance et à la vie sociale

Tableau 7 : Différentes points clés d'actions d'éducation à la santé et d'activités à la SAS

Âge	de Anonym	méd	psychi	dent	ité en r	près	S	aires	bac	Y	ac >	es	fumt	sur	cool	Y	20	vm	pr	décl	jan	tur	Th	ues	thés	que	tion	o	don	ech	ce	bral	me	/ces	à	enc	cause	urgence/Note		
16,58	SAS360	OUI	OUI	OUI	ité en r	SE	Y	Y	6	3	0,9	N																												
16,87	SAS530	OUI	OUI	OUI		T	N	Y	6	2	0,6	Y	OC	OC	Y	Y																								
17,57	SAS706	OUI	OUI	OUI		?	Y	Y	10	4	2	Y			15	<21																								FI
17,59	SAS658	OUI	OUI	OUI	ité en r	?	N	Y	20	4	4	N																												
17,6	SAS064	OUI	OUI	OUI	ité en r	Lib	Y	Y	10	2	1	N																												
17,61	SAS552	OUI	OUI	OUI	ité en r	T	N	Y	3	7	1,1	N																												
17,9	SAS700	OUI	OUI	OUI		?	N	Y	20	5	5	N																												FI
17,9	SAS478	OUI	OUI	OUI		T	N	Y	20	9	9	N																												
17,91	SAS296	OUI	OUI	OUI	ité en r	SE	N	Y	7	5	1,8	Y	OC	OC	Y	N																								Douleur
17,92	SAS280	OUI	OUI	OUI	ité en r	SE	N	Y	20	3	3	N																												
18,18	SAS352	OUI	OUI	OUI	ité en r	SE	Y	Y	4	3	0,6	N																												
18,26	SAS596	OUI	OUI	OUI		T	Y	N																																
18,44	SAS432	OUI	OUI	OUI		B19	Y	Y	15	3	2,3	N																												
18,49	SAS218	OUI	OUI	OUI	ité en r	SE	Y	Y	20	6	6	Y	OC	OC	Y	N																								
18,5	SAS610	OUI	OUI	OUI	ité en r	T	Y	Y	5	6	1,5	N																												
18,56	SAS476	OUI	OUI	OUI	ité en r	T	N	Y	7	4	1,4	N																												DDS
18,6	SAS270	OUI	OUI	OUI	ité en r	SE	Y	Y	20	3	3	Y	40	>21	Y	N																								
18,62	SAS142	OUI	OUI	OUI		Lib	N	Y	40	7	14	Y	70	>21	Y	Y																								
18,66	SAS114	OUI	OUI	OUI	ité en r	Lib	N	N																																
18,75	SAS440	OUI	OUI	OUI		B22	N	Y	20	10	10	Y	OC	OC	Y	N																								
18,8	SAS600	OUI	OUI	OUI	ité en r	T	Y	Y	4	1	0,2	N																												Douleur/Fonction
18,81	SAS161	OUI	OUI	OUI		PE	Y	Y	7	5	1,8	Y	12	<21	Y	N																								
18,95	SAS384	OUI	OUI	OUI	ité en r	SE	Y	Y	6	1	0,3	N																												Traumatisme
18,98	SAS093	OUI	OUI	OUI	ité en r	Lib	Y	N																																
19,14	SAS304	OUI	OUI	OUI		SE	Y	Y	12	3	1,8	Y	OC	OC	Y	Y																								
19,15	SAS258	OUI	OUI	OUI	ité en r	SE	Y	Y	15	4	3	Y	10	<21	Y	N																								
19,24	SAS157	OUI	OUI	OUI	ité en r	PE	Y	Y	40	7	14	N																												
19,28	SAS528	OUI	OUI	OUI	ité en r	T	Y	Y	20	6	6	Y	OC	OC	Y	N																								
19,32	SAS424	OUI	OUI	OUI		B15	Y	Y	10	7	3,5	Y	60	>21	Y	N																								
19,32	SAS516	OUI	OUI	OUI	ité en r	T	N	Y	20	6	6	N																												FI
19,35	SAS572	OUI	OUI	OUI		T	Y	Y	10	3	1,5	N																												
19,37	SAS540	OUI	OUI	OUI	ité en r	T	N	Y	20	6	6	Y	20	>21	Y	N																								
19,4	SAS446	OUI	OUI	OUI		H	N	Y	20	1	1	N																												
19,42	SAS030	OUI	OUI	OUI		SL	N	Y	10	8	4	Y	8	<21	Y	N																								
19,49	SAS632	OUI	OUI	OUI	ité en r	?	N	Y	20	6	6	Y	40	>21	N																									
19,52	SAS354	OUI	OUI	OUI	ité en r	SE	Y	Y	20	3	3	N																												
19,57	SAS720	OUI	OUI	OUI		?	N	Y	20	2	2	Y	OC	OC	Y	N																								
19,58	SAS466	OUI	OUI	OUI		T	Y	N																																

Annexe 1 : Extrait du tableau anonymisé issu de la collecte de données



Bilan dentaire Unité sanitaire Q.P.S. Marseille

Date :/...../..... vu par :
 NOM : PRENOM : N° D'ECROU :
 Date Naissance :/...../..... Date lib.

Motif consultation : Urgence contrôle Douleur Esthétique Fonctionnel Autre :

Connaissance couverture sociale Carte Vitale

Logements Quartier

Lieu de soins dentaires extérieur Dernier rdv Chirurgien-dentiste :
 Demande du patient

Tabac Nbre cigarettes /jour : Nbre Années : Age début :
Alcool si oui : Nbre VS/semaine
Cannabis : Si Oui = <1/jr 1 à 4 joins/jr >4 à joins/jr Age début :
 Autre :

Pathologie/ATCD : **Traitement** :

Fréquence de brossage : <1/j 1 2 3
Mangez-vous entre les repas ? **Boissons sucrées quotidiennes** ?
Technique brossage 0 1 2 3 **Connaissances hygiène alimentaire**

Parodonte : Indice plaque 0 1 2 3 Indice inflammation 0 1 2 3 Présence Tartre 0 1 2 3

Besoins Examens complémentaires : Panoramique

Préjudice esthétique : 0 1 2 3 **Préjudice fonctionnel** : 0 1 2 3
 Nombre de RDV estimés :

Besoins en Prothèse si oui : Fixe Partielle amovible Totale

Commentaires :

N° dent	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Absente																
Nb de faces cariées																
Nb de faces obturées																
Remplacée par P.F.																
Remplacée par PA																
Dent à extraire																
N° dent	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Absente																
Nb de faces cariées																
Nb de faces obturées																
Remplacée par P.F.																
Remplacée par PA																
Dent à extraire																

Annexe 2 : Anamnèse et bilan bucco-dentaire lors de l'arrivée à la SAS

Titre	Objectif général	Objectifs spécifiques	Objectifs opérationnels
Hygiène	<i>Améliorer l'état de santé des personnes en détention</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Permettre aux patients en situation de grande précarité d'avoir accès à l'hygiène 2. Prévention des situations de précarité pouvant entraîner une rupture des soins et/ou une altération de l'état de santé des patients 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Distribuer, après évaluation sociale des produits d'hygiène de première nécessité 2. Favoriser un échange avec les patients autour des gestes d'hygiène
Prévention et information alcool	<i>Favoriser des actions de prévention auprès d'un consommateur public d'alcool</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Développer des actions d'information spécifiques chez les consommateurs d'alcool 2. Développer les compétences d'autoévaluation et de communication sur leurs consommations et leurs ressentis 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utiliser des outils permettant d'apporter des connaissances 2. Favoriser les échanges avec le groupe et développer des outils de réduction des risques liés aux consommations d'alcool
Prévention et information cannabis	<i>Favoriser des actions de prévention auprès de consommateur public de cannabis</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Développer des actions d'information spécifiques chez les usagers de cannabis 2. Développer les compétences d'autoévaluation et de communication sur leurs consommations et leur ressenti 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utiliser des outils permettant d'apporter des connaissances 2. Favoriser les échanges avec le groupe et développer des outils de réduction des risques liés aux consommations de cannabis
Cuisine	<i>Amélioration de l'état de santé des patients</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Améliorer l'équilibre alimentaire des patients 2. Développer les compétences psychosociales 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diffuser des messages de prévention sur l'équilibre alimentaire 2. Apporter des outils de gestion budgétaire, favoriser une communication adaptée au groupe
Atelier écriture et lecture	<i>Favoriser le développement et le renforcement des compétences psychosociales</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Favoriser l'estime de soi, l'affirmation de soi, l'expression des émotions et développer un esprit critique par le biais des échanges au sein du groupe 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utiliser des exercices d'écriture 2. Favoriser les échanges au sein du groupe
Prévention hygiène bucco-dentaire	<i>Améliorer l'état bucco-dentaire des patients de la SAS</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apporter des connaissances sur l'hygiène bucco-dentaire 2. Favoriser le développement des compétences en matière d'hygiène bucco-dentaire 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Favoriser les échanges avec le groupe par le biais d'animations autour de différentes thématiques 2. Améliorer les techniques d'entretien et d'hygiène bucco-dentaire
Médiation animale	<i>Favoriser le développement et le renforcement des compétences psychosociales</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Favoriser l'estime de soi, l'affirmation de soi, la gestion des émotions et le lien à l'autre 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Améliorer la conscience des effets de son comportement 2. Valoriser les compétences relationnelles 3. Encourager les échanges dans le groupe
Randonnée	<i>Améliorer l'état de santé global des patients</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Favoriser la prise en compte de sa santé 2. Développer l'estime et l'image de soi 3. Parvenir à trouver un épanouissement physique et psychique en dehors des consommations de substances 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Développer les échanges au cours de la randonnée sur la question de la condition physique 2. Permettre par le biais de l'activité physique de valoriser et développer leurs capacités 3. Encourager la découverte de l'environnement
Prévention tabac	<i>Réduction des risques liés à la consommation de tabac</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Améliorer les connaissances des patients 2. Travailler autour des représentations liées au tabac 3. Permettre aux patients de faire un état des lieux de leur consommation 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apport de connaissances sur : le produit, les différents niveaux de dépendances, les risques liés à l'usage, les moyens de réductions et d'arrêt 2. Favoriser les échanges dans le groupe 3. Faire le point sur sa consommation
Prévention et information tabac et cannabis	<i>Réduction des risques liés à la consommation de tabac et de cannabis</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Développer des actions d'information spécifiques chez les usagers de tabac et de cannabis 2. Développer les compétences d'autoévaluation et de communication sur leurs consommations et leur ressenti 3. Travailler autour des représentations liées au tabac et au cannabis 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apport de connaissances sur : le produit, les différents niveaux de dépendances, les risques liés à l'usage, les moyens de réductions et d'arrêt 2. Favoriser les échanges dans le groupe et partager les différents points de vue sur le tabac et le cannabis 3. Informer sur les outils de réduction des risques
Préparation à la sortie	<i>Améliorer l'état de santé des personnes sortant de détention</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Favoriser l'accès aux soins et la continuité des soins des personnes incarcérées 2. Prévention des situations de précarité pouvant entraîner une rupture des soins et/ou une altération de l'état de santé des patients 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Permettre aux patients de se rendre sur leurs différents lieux de soins 2. Permettre aux patients de subvenir à leurs besoins élémentaires dans l'attente d'un relai dans le droit commun, pour favoriser leur santé globale

Annexe 3 : Liste des activités et objectifs associés mis en place par l'équipe de la SAS



LEXIQUE

ACS = Aide au paiement d'une complémentaire santé

AES = Accident d'exposition au sang

AME = Aide médicale d'état

ARS = Agence régionale de santé

B2 = Baumettes 2 : *Maison d'arrêt ouverte en 2018 sur le site des Baumettes*

B3 = Baumettes 3 : *Nouveau bâtiment des Baumettes en construction pour 2023*

BH = Baumettes historique : *Bâtiment initial du CP « évacué » en 2017/2018 pour sa destruction puis reconstruction en Baumettes 3*

CD = Centre de détention : accueillent des personnes détenues condamnées à une peine supérieure à deux ans et qui présentent les meilleures perspectives de réinsertion sociale.

CGLPL = Contrôleur général des lieux de privation de liberté

CMV = Cytomégalovirus

CNAMTS = Régime général de l'assurance maladie

CNPE = Centre National de la Protection sociale des personnes Écrouées

Condamnés = Personne ayant été jugée purgeant sa peine

CSAPA = Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CSP = Code de santé publique

CSS = Code de sécurité sociale

Densité carcérale = Nombre de personnes incarcérées (milieu fermé) pour 100.000 habitants

Détention provisoire = mesure de détention, visant à emprisonner une personne mise en examen dans l'attente de son procès.

EPM = Établissement Pénitentiaire pour Mineur

EPP = Terme qui regroupe les types d'EP hors maison d'arrêt

Établissement pénitentiaire = Ensemble des établissements accueillant des condamnés en milieu ouvert ou fermé. Il existe plusieurs types d'établissements pénitentiaires, ou prisons, selon le régime de détention et les catégories de condamnation.

ETP = Équivalent Temps Plein : *La notion d'équivalent temps plein, correspond à une activité exercée sur la base d'un temps plein soit à hauteur de la durée légale.*

HPV = Human Papillomavirus

IDE = Infirmier(e) diplômée d'état

MA = type d'EP qui reçoit les personnes prévenues en détention provisoire (détenues en attente de jugement ou dont la condamnation n'est pas définitive), les personnes condamnées dont la peine ou le reliquat de peine n'excède pas deux ans et les condamnés en attente d'affectation dans un établissement pour peines.

Maison centrale = type d'EP qui prend en charge les détenus condamnés à de longues peines et accueille également les détenus les plus difficiles

N°ECROU = Numéro unique associé à un individu écroué

Non-détenus = Personne condamnée réalisant une peine en milieu ouvert

Prévenus = personne faisant l'objet des poursuites judiciaires — pour une contravention ou un délit — après ordonnance de renvoi de la juridiction d'instruction.

PUI = Pharmacie à usage intérieur

QPS = Quartier de préparation à la sortie

SMPR = Service Médico-Psychologique Régional

Taux d'emprisonnement =

TI = Thérapeutique initiale parodontale

TSE = Travailleur Socio-Educatif

UCSA = Unité de Consultations en Soins Ambulatoires

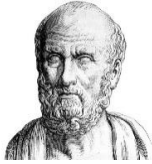


Bibliographie

- (1) Organisation des Nations Unies. Déclaration universelle des droits de l'homme. Paris; 1948.
- (2) Organisation Mondiale de la Santé. Status report on prison health in the WHO European Region [En ligne]. c2019 [Consulté le 19/03/2020]. Disponible sur <https://www.euro.who.int/en/health-topics/>
- (3) Assemblée Médicale Mondiale. Déclaration de Tokyo. Tokyo; 1975.
- (4) Organisation Mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa. Ottawa; 1986.
- (5) Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. JORF n°15 du 19 janvier 1994: p. 960
- (6) LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF n°15 du 5 mars 2002: p. 4118
- (7) Plan stratégique 2010/2014 pour la prise en charge des personnes placées sous-main de justice, Ministère de la Santé et des Solidarités. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_strategique_2010_2013_prise_en_charge_personnes_placees_sous_main_de_justice.pdf
- (8) Institut de Veille Sanitaire. État des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger [En ligne]. c2019 [Consulté le 23/03/2020]. Disponible sur : <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/11483.pdf>
- (9) The Legatum prosperity index, Legatum Institute [En ligne]. c2020 [Consulté le 25/03/2020]. Disponible sur : www.li.com
- (10) Tandon A, Murray CJ, Lauer JA, Evans DB. Measuring Overall Health System Performance for 191 Countries. GPE Discussion Paper. 2001;30:23.
- (11) Institut de Veille Sanitaire. Dispositifs de surveillance et enquêtes nationales sur la santé des personnes incarcérées en France et à l'étranger, [En ligne]. c2019 [Consulté le 27/03/2020]. Disponible sur : http://mediatheque.lecrips.net/doc_num.php?explnum
- (12) Mouquet MC. La santé des personnes entrées en prison en 2003. 2003;12.
- (13) Folliguet M, Direction Générale de la Santé. La santé bucco-dentaire des personnes détenues, [En ligne]. c2006 [Consulté le 18/03/2020]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_sante_bucco-dentaire_des_personnes_detenues.pdf
- (14) Falissard B, Loze J-Y, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. BMC Psychiatry. déc 2006;6(1):33.
- (15) Désesquelles A. Le handicap en milieu carcéral en France: Quelles différences avec la situation en population générale ? Population. 2005;60(1):71.
- (16) Chiron É, Jauffret-Roustide M, Strat YL, Chemlal K, Valantin M-A, Serre P, et al. PREVALENCE OF HIV AND HEPATITIS C VIRUS AMONG FRENCH PRISON INMATES IN 2010: RESULTS FROM PREVACAR SURVEY 2010. :6.
- (17) Gough E, Kempf MC, Graham L, Manzanero M, Hook EW, Bartolucci A, et al. HIV and Hepatitis B and C incidence rates in US correctional populations and high-risk groups: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. déc 2010;10(1):777.
- (18) Langer AJ, Navin TR, Winston CA, LoBue P. Epidemiology of Tuberculosis in the United States. Clinics in Chest Medicine. déc 2019;40(4):693-702.
- (19) Stratégies de prévention de la carie dentaire. Haute Autorité de Santé. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf
- (20) Neville P. Prison dentistry: Irish prisoners' oral health. Br Dent J. août 2015;219(4):146-7.
- (21) Heidari E, Dickinson C, Newton T. Oral health of adult prisoners and factors that impact on oral health. Br Dent J. juill 2014;217(2):69-71.
- (22) Cavalcanti A, Rodrigues I, de Melo Silveira I, de Oliveira T, de Almeida Pinto M, Xavier A, et al. Dental Caries Experience and Use of Dental Services among Brazilian Prisoners. IJERPH. 25 nov 2014;11(12):12118-28.
- (23) Organisation Mondiale de la Santé. Prisons and Health. [En ligne]. c2019 [Consulté le 19/03/2020] Disponible sur : <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health>

- (24) Combessie P. Sociologie de la prison [Internet]. Paris: La Découverte; 2009. 128 p. (Repères; vol. 3e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/sociologie-de-la-prison--9782707157997.htm>
- (25) Coulm B. La précarité, un impact majeur sur l'état de santé des femmes enceintes. Sages-femmes. 2020;Vulnérabilité & grossesse:6.
- (26) Gautron V, Retière J-N. Des destinées judiciaires pénalement et socialement marquées. :38.
- (27) Bas AC, Azogui-Lévy S. L'effet du non-recours aux soins médicaux et dentaires sur les dépenses de santé des personnes ayant une maladie chronique. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. avr 2020;68(2):91-8.
- (28) Spira A. Précarité, pauvreté et santé. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. avr 2017;201(4-6):567-87.
- (29) Nguyen Thi PL, Briçon S, Empereur F, Klein S, Virion JM. B4-5 Évolution des scores de satisfaction des patients hospitalisés. Mesure permanente. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. sept 2004;52:28.
- (30) Delpierre C. Inégalités sociales d'accès aux soins et à la prévention en Midi-Pyrénées, France, 2012. :7.
- (31) Azogui-lévy S, Bourdillon F, Ittah-Desmeulles H, Rosenheim M, Souames M, Azerad J. État dentaire, recours aux soins et précarité. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. juin 2006;54(3):203-11.
- (32) Prieto N, Faure P. La santé mentale des détenus entrants ou suivis dans les prisons françaises comportant un SMPR. L'Encéphale. déc 2004;30(6):525-31.
- (33) Eck M, Scoufflaire T, Debien C, Amad A, Sannier O, Chan Chee C, et al. Le suicide en prison : épidémiologie et dispositifs de prévention. La Presse Médicale. janv 2019;48(1):46-54.
- (34) Sahajian F, Berger-Vergiat A, Pot E. Use of psychoactive substances in prison: Results of a study in the Lyon-Corbas prison, France. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. sept 2017;65(5):361-7.
- (35) Rousselet M, Guerlais M, Caillet P, Mauillon D, Le Geay B, Jolliet P, et al. Quelles consommations en prison ? À partir de l'étude CONSommation de Substances et Médicaments au sein de pOpulations carcérales (COSMOS). Therapies. déc 2018;73(6):577.
- (36) Bisson C, Ejeil A-L, Dridi S-M. Halitosis treatments in general dentistry. 2012;7.
- (37) Pesci-Bardon C, Prêcheur I. L'alcool : une drogue licite aux conséquences bucco-dentaires non négligeables. Actual Odonto-Stomatol. avr 2013;(262):24-32.
- (38) Haremza C, Baert M, Pascual C, Biet-Hornstein A, Page C. Carcinomes épidermoïdes des voies aéro-digestives supérieures et seconds cancers primitifs métachrones. Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale. oct 2019;136(5):359-65.
- (39) Ditmyer M, Demopoulos C, McClain M, Dounis G, Mobley C. The Effect of Tobacco and Marijuana Use on Dental Health Status in Nevada Adolescents: A Trend Analysis. Journal of Adolescent Health. mai 2013;52(5):641-8.
- (40) Cohen F. Santé buccodentaire des usagers de substances psychoactives. La Presse Médicale. déc 2016;45(12):1178-86.
- (41) Dervaux A, Laqueille X. Complications neurologiques liées aux stupéfiants. MISE AU POINT.
- (42) Nathwani NS, Gallagher JE. Methadone: Dental Risks and Preventive Action. Dental Update. 2 oct 2008;35(8):542-8.
- (43) Laroche F, Rostaing S, Aubrun F, Perrot S. Prise en charge de la douleur chez le toxicomane aux drogues dures (héroïne et cocaïne). Revue du Rhumatisme. juill 2012;79(4):306-11.
- (44) Cauchie A, Cadenne M. Trouble de l'usage et douleurs chroniques : enquête de prévalence chez les patients consultant au CETD du CHU de Bordeaux concernant la consommation de tabac, alcool, cannabis, opioïdes forts et faibles. Therapies. déc 2018;73(6):569.
- (45) Instruction DGS/MC1/DGOS/R4 n° 2011-206 du 29 août 2011 relative à la réalisation d'un examen bucco-dentaire des personnes détenues lors de leur arrivée en établissement pénitentiaire et à la réduction du risque infectieux associé aux soins dentaires. Direction Générale de la Santé. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-10/ste_20110010_0100_0039.pdf
- (46) Akaji E, Ashiwaju M. Oral health status of a sample of prisoners in Enugu: A disadvantaged population. Ann Med Health Sci Res. 2014;4(4):650.
- (47) Bécart-Robert A. Exercice de la chirurgie dentaire en milieu pénitentiaire. 2020;9.

- (48) Georges M. Exercice de la profession de chirurgien-dentiste en milieu carcéral: enquête menée dans les établissements pénitentiaires français [Thèse d'exercice]. Dumas ; 2018:169.
- (49) Aerts, A. Tuberculosis and tuberculosis control in European prisons. *The international journal of tuberculosis and lung disease : the official journal of the International Union against Tuberculosis and Lung Disease* vol. 10,11 (2006): 1215-23.
- (50) Protais C, Usage de drogues en prison. Observatoire Français des drogues et de la toxicomanie. c2019 [Consulté le 30/03/2020] Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxcpzc.pdf>
- (51) Fardel É. Promotion de la santé bucco-dentaire au centre de détention de Mauzac [Thèse d'exercice]. Dumas ; 2017:89.
- (52) Orphelin D. Spécificité de l'odontologie hospitalière en milieu carcéral. *Actual Odonto-Stomatol.* juin 2013;(263):4-7.
- (53) Smith PA, Themessl-Huber M, Akbar T, Richards D, Freeman R. What motivates dentists to work in prisons? A qualitative exploration. *Br Dent J.* août 2011;211(4):E7-E7.
- (54) Heidari E, Dickson C, Newton T. An overview of the prison population and the general health status of prisoners. *Br Dent J.* juill 2014;217(1):15-9.
- (55) Heidari E, Bedi R, Makrides NS, Dickinson C, Newton T. Planning for future provision of dental services in prison: an international proposal of two systems. *Br Dent J.* août 2014;217(4):177-82.
- (56) Salomon, Jérôme, et Christophe Michon. « La stratégie santé pour les personnes placées sous main de justice ». Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_ppsmj_2017.pdf
- (57) Salomon J. « Plan National de Santé Publique » DGS. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_de_sante_publique_psnp.pdf
- (58) Froment J-C. La réforme pénitentiaire en France. *Débats intemporels, évolutions conjoncturelles. Droit et société.* 2011;n°78(2):371.
- (59) Vallerie B, Le Bossé Y. Le développement du pouvoir d'agir (empowerment) des personnes et des collectivités : de son expérimentation à son enseignement. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle.* 2006;39(3):87.
- (60) Cairo F, Nieri M, Cincinelli S, Mervelt J, Pagliaro U. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study: Interproximal CAL for gingival recessions. *Journal of Clinical Periodontology.* juill 2011;38(7):661-6.
- (61) Løe, H. The Gingival Index, the Plaque Index and the Retention Index Systems. *Journal of periodontology.* vol. 38,6 (1967):610-6.
- (62) Didia E, Amani S, Djeredou K. Evaluation de l'hygiène bucco-dentaire au début et à la fin du traitement prothétique. *Revue odonto-stomatologiques.* 10 (2) 2009: 61-65.
- (63) Cao L. ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DREES. :2.



SERMENT MEDICAL

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'HIPPOCRATE.

Je promets et je jure, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine Dentaire.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

J'informerai mes patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des connaissances pour forcer les consciences.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois déshonoré et méprisé de mes confrères si j'y manque.

BOREL GUILLAUME – PRISE EN CHARGE ODONTOLOGIQUE DU PATIENT EN PRISON : FOCUS SUR LE PROJET PILOTE DE LA SAS DES BAUMETTES

TH. : CHIR. DENT. : MARSEILLE : AIX –MARSEILLE UNIVERSITE : 2020

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : SANTE PUBLIQUE

Résumé : Si certaines problématiques de santé en prison sont abordées dans la littérature, la santé orale est sous-représentée. Pourtant, les soins dentaires représentent la première demande somatique en maison d'arrêt. La littérature décrit un état bucco-dentaire particulièrement dégradé chez les personnes détenues.

Depuis une dizaine d'années, les moyens humains et techniques permettent de mieux répondre à la demande, toutefois le contexte pénitentiaire rend difficile la continuité des soins.

La Structure d'Accompagnement à la Sortie (SAS) des Baumettes rompt avec cette prise en charge classique en priorisant l'accompagnement de la personne et l'éducation à la santé à l'échelle individuelle et groupale.

Le patient et une équipe pluridisciplinaire co-construisent un projet médico-social pouvant accorder une permission de sortie via le juge d'application des peines.

La personne peut se rendre chez un praticien de ville choisi dans son territoire d'ancrage, permettant une continuité du suivi lors de la libération.

Cette étude s'intéresse à la population (n = 379) de cette structure pilote entre Janvier 2019 & Mars 2020, pour identifier les déterminants clés et confirmer la pertinence des axes choisis. Les conduites addictives - notamment tabac et cannabis - et les comportements alimentaires se distinguent comme les facteurs de risques principaux.

Ces résultats valident le choix des thématiques d'éducation à la santé proposées et mettent en lumière une altération importante (CAO = 8.14) de l'état bucco-dentaire associé à une population très jeune (\bar{x} = 28.75 ans).

Enfin, la comparaison des déterminants bucco-dentaires révèle une association statistique entre exposition au cannabis, comportements à risque et dégradation dentaire/parodontale.

MOTS CLES : PRISON, DETENU, SANTE BUCCO-DENTAIRE, CANNABIS, SAS, QPS, MEDICO-SOCIAL, CAO, ADDICTION, BAUMETTES, MARSEILLE, PREVENTION, ÉDUCATION A LA SANTE, EMPOWERMENT

BOREL GUILLAUME – ORAL AND DENTAL CARE OF THE INMATE PATIENT: FOCUS ON THE PILOT PROJECT OF SAS DES BAUMETTES

Abstract: Some health problems in prison are mentioned in the literature, but oral health is underrepresented. However, dental care is the first somatic request in a remand center. The literature describes a very degraded oral health in prisoners. For the past ten years, human and material resources have made it possible to meet demand; but the prison context makes continuity of care difficult.

The Exit Support Structure (SAS) of Baumettes in Marseille, France, breaks away from this classic dental care by putting first personalized support and health education on an individual and collective level. The patient and a multidisciplinary team co-construct a medico-social project which can issue an exit permission from the judge responsible for the enforcement of sentences.

The person can go to a doctor in the chosen neighborhood, which allows continuity of follow-up after his release. This study looks at the population (n = 379) of this pilot structure between January 2019 and March 2020, to identify the key determinants and confirm the relevance of the chosen axes. Addictive behaviors - especially tobacco and cannabis - and eating behaviors appear as the main risk factors.

These results validate the choice of health education themes proposed and highlight a significant change (CAO = 8.14) in the oral health associated with a very young population (\bar{x} = 28.75 years).

Finally, the comparison of oral and dental determinants reveals a statistical association between cannabis exposure, risk behaviors and dental / periodontal degradation.

MESH: PRISON, INMATE, ORAL HEALTH, CANNABIS, SAS, QPS, MEDICO-SOCIAL, CAO, ADDICTION, BAUMETTES, MARSEILLE, PREVENTION, HEALTH EDUCATION, EMPOWERMENT

ADRESSE DE L'AUTEUR : 27, BOULEVARD DU CABOT, 13009,
MARSEILLE