



**UNIVERSITÉ
BRETAGNE
LOIRE**

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE-DENTAIRE

présentée par

Philippine COZ

Née le 2 juin 1995 à Nantes

**Perceptions des
professionnels
travaillant en milieu
carcéral sur
l'organisation et la
pratique des soins
bucco-dentaires**

**Thèse soutenue à Rennes
le 29/06/2021**

devant le jury composé de :

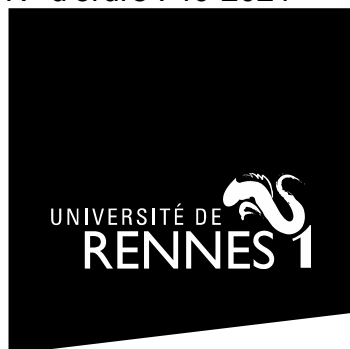
Professeur Jean-Louis SIXOU
*PU-PH UFR d'odontologie de Rennes 1
Président*

Docteur Antoine COUATARMANACH
*MCU (associé) UFR d'odontologie de Rennes 1
Directeur*

Docteur Alexia MARIE-COUSIN
*MCU-PH UFR d'odontologie de Rennes 1
Membre du jury*

Docteur Yann-Loïg TURPIN
*MCU-PH UFR d'odontologie de Rennes 1
Membre du jury*

Docteur Brice CHAUVEL
*MCU-PH UFR d'odontologie de Rennes 1
Membre du jury*



**UNIVERSITÉ
BRETAGNE
LOIRE**

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE-DENTAIRE

présentée par

Philippine COZ

Née le 2 juin 1995 à Nantes

**Perceptions des
professionnels
travaillant en milieu
carcéral sur
l'organisation et la
pratique des soins
bucco-dentaires**

**Thèse soutenue à Rennes
le 29/06/2021**

devant le jury composé de :

Professeur Jean-Louis SIXOU
*PU-PH UFR d'odontologie de Rennes 1
Président*

Docteur Antoine COUATARMANACH
*MCU (associé) UFR d'odontologie de Rennes 1
Directeur*

Docteur Alexia MARIE-COUSIN
*MCU-PH UFR d'odontologie de Rennes 1
Membre du jury*

Docteur Yann-Loïg TURPIN
*MCU-PH UFR d'odontologie de Rennes 1
Membre du jury*

Docteur Brice CHAUVEL
*MCU-PH UFR d'odontologie de Rennes 1
Membre du jury*

Section 56-01 : Développement, croissance et prévention

Odontologie pédiatrique

SIXOU Jean Louis

DAVIT-BEAL Tiphaine

MARIE-COUSIN Alexia

JOUAULT Estelle

Professeur des universités-Praticien hospitalier

Professeur des universités - Praticien hospitalier

Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier

Assistant hospitalier universitaire

Orthopédie dento-faciale

SOREL Olivier

BREZULIER Damien

ALLEREAU Béatrice

NAAIM Mohamed

CONTAMINE Marie

POTTIER Thomas

Professeur des universités - Praticien hospitalier

Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier

Assistant hospitalier universitaire

Assistant hospitalier universitaire

Assistant hospitalier universitaire

Assistant hospitalier universitaire

Section 56-02 Prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale

BERTAUD Valérie

PRIGENT Hervé

COUATARMANACH Antoine

MAYOROVA Nadège

ZNATY Gaëlle

Professeur des universités - Praticien hospitalier

Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier

Maître de conférences des universités (associé)

Assistant hospitalier universitaire

Assistant hospitalier universitaire

Section 57-01 : Chirurgie orale ; parodontologie ; biologie orale

Chirurgie orale

LEJEUNE-CAIRON Sophie

LIMBOUR Patrick

BADER Gérard

MURDEN Krisnen

DULONG Arnaud

HAMON Julien

Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier

Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier

Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier

Assistant hospitalier universitaire

Assistant hospitalier universitaire

Assistant hospitalier universitaire

Parodontologie

JEANNE Sylvie

BOLLE Caroline

NOVELLO Solen

POULOUIN Bénédicte

ALTHYAB Amr

Professeur des universités - Praticien hospitalier

Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier

Maître de conférences des universités (associé)

Assistant hospitalier universitaire

Assistant universitaire (associé)

Biologie orale

BONNAURE-MALLET Martine

MEURIC Vincent

CHATHOTH Kanchana

Professeur des universités - Praticien hospitalier

Professeur des universités - Praticien hospitalier

Assistant universitaire (associé)

Section 58 : Dentisterie restauratrice, endodontie, prothèses, fonction-dysfonction, imagerie, biomatériaux

Dentisterie restauratrice, endodontie

DAUTEL Anne	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier
LE GOFF Anne	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier
TURPIN Yann-Loïg	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier
PERARD Matthieu	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier
LE CLERC Justine	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier
VO VAN Thomas	Assistant hospitalier universitaire
GASTINEAU Richard	Assistant hospitalier universitaire
NOËL Audrey	Assistant hospitalier universitaire
ARNAUD Marie-Pierre	Assistant hospitalier universitaire

Prothèses

BEDOUIN Yvan	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier
RAVALEC Xavier	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier
CHAUVEL Brice	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier
LEFRANCOIS Etienne	Assistant hospitalier universitaire
GOUBIN William	Assistant hospitalier universitaire
DESCLOS-THEVENIAU Marie	Assistant hospitalier universitaire
LECLERC Clément	Assistant hospitalier universitaire
LEGOUPIL Mikael	Assistant hospitalier universitaire

Fonction-dysfonction, imagerie, biomatériaux

CHAUVEL-LEBRET Dominique	Professeur des universités - Praticien hospitalier
MEARY Fleur	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier
CATHELINÉAU Guy	Professeur émérite
MELOU Caroline	Assistant hospitalier universitaire

Section 41 : Sciences biologiques

SHACOORI Zohreh	Maître de conférences
------------------------	-----------------------

Section 65 : Biologie cellulaire

GAUTIER-COURTEILLE Carole	Maître de conférences (HDR)
----------------------------------	-----------------------------

REMERCIEMENTS

Au Professeur Jean-Louis SIXOU :

Je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury. Je vous remercie également pour votre aide et votre engagement dans la prise en charge hospitalière de patients présentant des maladies rares.

Au Docteur Antoine COUATARMANACH :

Je te remercie pour cet encadrement rigoureux et réfléchi. Ton exemple m'a ouvert des perspectives que je ne pensais pas envisageables dans notre discipline et me permet d'imaginer une pratique odontologique plurielle au spectre d'analyse élargi.

Au Docteur Alexia MARIE-COUSIN :

Je te remercie pour ton accompagnement, ta bienveillance et ta jovialité qui font de toi une enseignante exceptionnelle.

Au Docteur Yann-Loïg TURPIN

Je vous remercie pour votre suivi, votre disponibilité et votre soutien toujours présent et attentif. Votre encadrement en tant que responsable des internes en MBD m'a permis de m'épanouir pleinement au cours de cette formation.

Au Docteur Brice CHAUVEL

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury.

A Gwenola JOLY-COZ

Ma maman, je te remercie pour ton aide sereine, avisée, inébranlable et indéfectible.

A Philémon PERROT

Je te remercie pour ton aide impatiente, désinvolte, structurante et rassurante.

A Jean-Marie COZ

Je te remercie pour ton aide attentive, détonnante, spontanée et engagée.

A mes co-internes

Je vous remercie pour votre présence quotidienne, festive, joviale et professionnelle.

Table des matières

I. Introduction	6
II. Matériel et méthode	7
III.Résultats.....	8
IIIA. Le contexte	9
IIIB. Des cultures professionnelles différentes	11
– Point de vue de l'administration pénitentiaire	
– Point de vue de l'unité sanitaire	
– Regard collectif sur l'odontologie pénitentiaire	
IIIC. Les interactions entre les acteurs	16
IV.Discussion.....	18
V.Bibliographie	20

INTRODUCTION

Au 1^{er} janvier 2020, 82 860 personnes étaient écrouées pour un nombre de places disponibles de 61 080 [1]. La population carcérale française est quasi exclusivement masculine (96% d'hommes), jeune (âge moyen de la détention 34,6 ans) [2] et concentre les difficultés sociales et professionnelles précédemment identifiées comme facteurs de risques bucco-dentaires [3]. Concernant les problématique de santé, 80% de la population carcérale consomme du tabac en cellule quotidiennement, 10% suit un traitement de substitution aux opiacés [2]. La moitié des détenus présente des antécédents psychiatriques, un sur six souffre de phobie sociale [2].

Selon une étude consacrée à la prévalence des soins dentaires en milieu carcéral les trois quarts des détenus ont au moins une carie à soigner et un tiers présente la nécessité de réaliser une ou plusieurs avulsions dentaires [4]. Le public précaire que constitue une part importante de la population carcérale se caractérise par une moins bonne observance des pratiques d'hygiène bucco-dentaire [5]. L'éloignement des cursus de soins classiques ainsi que les obstacles financiers entraînent un plus faible recours à la consultation, souvent limité aux situations d'urgence. Un certain nombre d'éléments liés à la détention tel qu'une alimentation déséquilibrée (achats par les détenus de produits sucrés, sodas, grignotage), le tabagisme, le stress, l'état dépressif et la prise de psychotropes aggravent cette situation [5]. Les demandes de soins dentaires en prison représentent plus de 30% des consultations spécialisées [2].

Les travaux sur les déterminants sociaux de la santé orale ont mis en évidence la complexité des mécanismes qui aboutissent à la situation actuelle, marquée en France comme ailleurs par de fortes inégalités [6]. Son amélioration, au niveau d'une population, passe par la prise en compte de ces déterminants, et dans ce sens plusieurs auteurs invitent au développement d'approches "intégrées", ou encore "biopsychosociales" pour lutter notamment contre les inégalités sociales de santé orale [7, 8]. Dans le milieu carcéral, de telles approches ne peuvent reposer sur la seule action du chirurgien-dentiste. Le contexte institutionnel implique un partenariat entre les différents acteurs. Or, à ce jour, l'analyse de la problématique de la santé orale en prison a été conduite uniquement du point de vue des dentistes.

Les soins bucco-dentaires en prison sont actuellement régis pas des accords entre les directeurs d'établissements pénitentiaires et les directeurs hospitaliers, sous le contrôle des autorités régionales de santé (ARS) [9]. Depuis 1994, les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) sont des unités hospitalières à part entière. Elles dépendent de l'hôpital auquel elles sont rattachées et non de l'administration pénitentiaire [9]. Plusieurs rapports ont décrit et analysé la situation actuelle des soins bucco-dentaires en milieu carcéral [2, 9]. Ils saluent une évolution positive des soins et une amélioration de l'offre, mais relèvent aussi le nombre insuffisant de praticiens, des conditions d'exercice complexes et surtout la vacance de poste : en 2013, 21% des USMP ont fonctionné avec moins de 50% des postes budgétés et l'absence totale de chirurgiens-dentistes peut être observée pendant plusieurs mois [2].

La présente enquête vise à comprendre comment se nouent les partenariats entre les différents acteurs en recueillant leurs perceptions en tant que professionnels des mondes hospitaliers et pénitentiaires, sur la pratique et l'organisation des soins bucco-dentaires en prison.

MATERIEL ET METHODE

Cette étude a consisté en une enquête qualitative par entretiens semi-directifs [10, 11] auprès d'un ensemble de professionnels concernés par l'organisation et la mise en œuvre des soins bucco-dentaires en milieu pénitentiaire. Le protocole a été approuvé par le comité d'éthique du CHU de Rennes (avis n°20.117).

Les établissements participant à l'enquête ont été sélectionnés dans le but de représenter une diversité en termes de situation géographique (Île-de-France et autres régions) et de type d'établissement (maisons d'arrêt et centres de détention). La chercheuse s'est rapprochée dans chaque structure du directeur d'établissement afin de recueillir son autorisation à la conduite de l'étude et d'obtenir les coordonnées des potentiels participants. Leur accord obtenu, les entretiens ont été programmés, pour la plupart au sein des établissements, après une visite de ceux-ci.

Tous les entretiens se sont déroulés en face-à-face. Après un premier temps d'échanges visant à exposer le profil et la démarche de la chercheuse, une lettre d'information était systématiquement délivrée et l'autorisation explicite du participant recueillie. La suite des échanges était intégralement enregistrée au moyen d'un dictaphone numérique. L'objectif de ces entretiens étant de recueillir les perceptions des acteurs, les premières questions étaient conçues comme larges et ouvertes et les invitaient à amorcer leur discours par le sujet de leur choix, afin d'éviter les biais d'orientation. Au fur et à mesure des entretiens, la chercheuse orientait les questions en fonction des problématiques qui avaient émergé lors des précédents entretiens. Les travaux de recueil des données et de leur analyse ont été conduits de manière concomitante, et la programmation d'entretiens a été close lorsque l'analyse des nouveaux entretiens ne permettait plus de faire émerger de nouveaux thèmes.

L'ensemble des entretiens a été intégralement retranscrit et codé manuellement. La première phase d'analyse a visé à faire émerger de manière inductive certains thèmes à partir des codes initiaux. Ces thèmes ont été regroupés en trois grandes dimensions d'analyse. Ce travail a été conduit en partenariat avec un second chercheur, d'abord de manière indépendante puis par une mise en commun des interprétations lors de séances de travail communes. Dans un second temps, l'ensemble des retranscriptions a fait l'objet d'une nouvelle analyse, cette fois au prisme des thèmes et dimensions identifiés.

RESULTATS

Le tableau numéro 1 regroupe les caractéristiques des 18 entretiens réalisés au cours de cette étude. Les entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail des participants sauf pour deux chirurgiens-dentistes entendus dans leur cabinet en ville ou dans une structure hospitalière. Les entretiens ont duré en moyenne 47minutes (minimum 27 minutes, maximum 1h12) .

Tableau 1 :

	Numéro d'entretien	Durée de l'entretien
Chirurgien-dentiste	1	60
	2	43
	3	57
	4	32
	5	72
Directeur d'établissement pénitentiaire	6	30
	7	40
	8	43
Médecin coordinateur	9	47
	10	60
	11	67
Conseiller d'insertion et probation	12	56
	13	55
	14	27
	15	47
	16	23
Sous-directrice de l'hôpital en charge des affaires sanitaires	17	44
	18	35

L'analyse des entretiens a permis de mettre en évidence trois dimensions majeures dans les perceptions des différents acteurs de l'organisation des soins bucco-dentaires en milieu pénitentiaire. La première dimension regroupe les éléments relatifs à la spécificité du contexte carcéral comme lieu d'exercice. La seconde porte sur les cultures professionnelles telles qu'elles transparaissaient dans les entretiens. Enfin la dernière dimension de cette étude interroge les interactions existantes ou potentielles entre les différents professionnels

I- Le contexte

Le contexte est tout d'abord défini par un univers, « la pénitentiaire », dont chaque acteur perçoit, et revendique la spécificité.

- « *C'est une organisation particulière, c'est une culture particulière.* » Directeur (A1.2)

Cet univers carcéral, contraint par les murs de la détention, dessine un contexte d'exercice atypique marqué par les contraintes.

- « *Il y a des barreaux partout ,(...) pour rentrer et sortir c'est dix minutes, le temps de passer toutes les barrières, les contrôles quand vous n'êtes pas bloqué(...)par les aspects sécuritaires c'est quand même plus compliqué que de travailler à hôpital.* » Médecin coordinateur (A7.2)

Ce contexte particulier apporte selon chacun des acteurs interrogés une perspective d'exercice singulière marquée par ces éléments contraignants. Face à ces difficultés les acteurs se positionnent différemment, mais tous décrivent l'effet de cet univers sur leur quotidien.

De plus, tous les acteurs ayant participé à l'étude ont déclaré être limités dans leurs moyens, notamment humains. Devant faire face à une très lourde charge de travail chacun se voit contraint de réduire son implication dans des projets, dans la mise en place de procédures nouvelles ou dans la pérennisation d'actions. Le manque de temps est décrit comme un facteur majeur de frustrations pour tous les acteurs qui déplorent cette situation.

- « *Mais ça demande du temps , que ni l'unité sanitaire ni nous, nous n'avons.* » SPIP (A2.9)

En outre le manque de moyens financiers apparaît comme une problématique récente.

- *Ici je n'avais pas ce problème, jusqu'à une époque récente (...). Mais l'aspect financier à l'hôpital est arrivé.* » Dentiste (A2.2)

La vacance de poste expliquée par des difficultés de recrutement des différents professionnels médicaux constitue un élément contextuel fort. Les acteurs expliquent notamment cette situation par un manque de visibilité de l'exercice en milieu carcéral.

- « *Effectivement, il n'y a pas de candidat et ça n'attire pas* » Directeur (A6.1)
- « *C'est un milieu qui est très méconnu, à mon sens, de la faculté de médecine. Et spontanément les professionnels ne vont pas vers cette activité là.* » Sous directrice de l'hôpital en charge des affaires juridiques (A6.3)

Au surplus l'organisation actuelle des soins en détention, impliquant deux administrations, pénitentiaire et hospitalière, aux fonctionnements protocolisés et hiérarchisés, donne une impression d'impuissance. Certains acteurs souffrent du fait que tout projet s'avère long et complexe à concevoir comme à réaliser. Une sensation de lourdeur de la structure dans laquelle ils évoluent est mentionnée par les professionnels et entraîne une perte de motivation.

- « *C'est lié à la lourdeur de l'administration pénitentiaire, le fait que l'ordre passe par 15 000 personnes, on sait pas trop... Mais à l'APHP, c'est pareil il y a des niveaux de hiérarchie qui sont vachement compliqués.* » Dentiste (A3.7)

Cette sensation n'est pas sans lien avec l'augmentation d'un certain épuisement professionnel, relevé par la majorité des participants. L'ambiance générale de la prison, le public des détenus, les contraintes sécuritaires et matérielles, sont décrites comme source de fatigue professionnelle latente. Au départ compensée par une très forte implication personnelle, les acteurs finissent par s'essouffler et cette fatigue par s'imposer.

- *« Parce que c'est des lieux de travail qui bouffent quand même, quoi, on va pas se mentir, c'est quand même compliqué de travailler ici, il y a une ambiance générale, de la violence, il y a du turn over de personnel, il y a des manques de moyens permanents en permanence. Vous pouvez pas tenir dix ans en tout cas c'est quelque chose qui m'interroge beaucoup. » SPIP (A4.4)*

Chacune des professions apporte des réponses différentes à cet épuisement professionnel. L'administration pénitentiaire a adopté une mobilité des professionnels qui est adossée à des promotions statutaires ou hiérarchiques. Tout au contraire, il a été observé que les professionnels des UCSA restent souvent très longtemps à leur poste. Le personnel médical est moins mobile géographiquement et semble plus en difficulté pour proposer des méthodes innovantes de gestion des ressources humaines.

Enfin la dernière problématique relevant du contexte général d'activité décrit par les acteurs est la formalisation croissante des relations. La multiplication des rapports formels et écrits alourdit sensiblement les interactions. Non seulement cette tendance diminue le temps dévolu à l'échange interpersonnel, mais elle éloigne les professionnels les uns des autres. En manque de contact, les acteurs se sentent isolés et en difficulté pour communiquer aisément avec les différents services.

- *« Les CPIP en revanche vont être très attentifs aux écrits professionnels mais comme les écrits ne retranscrivent pas forcément la réalité des échanges de ce qu'on peut se dire mais pas forcément écrire, évidemment ils perdent une substance très importante du travail qui est de l'informel... » Directeur (A5.5)*

II-Des cultures professionnelles différentes

Bien que dominée par la culture pénitentiaire, la prison est *de facto* un lieu de rencontre avec de nombreux intervenants. Au quotidien, les échanges entre professionnels, issus de milieux différents, constituent un enjeu explicitement cité.

- « *Il y a une agglomération dans un établissement pénitentiaire , de spécialités diverses et variées qui rentrent pour prendre en charge un bout de la problématique du détenu . Mais qui rentrent avec leur culture, avec leur organisation, avec leur déontologie, qui est parfois en contradiction un peu avec la nôtre... »* Directeur (A1.3)

La première partie de cette analyse porte sur les visions culturelles des professionnels issus de l'administration pénitentiaire (conseiller d'insertion et probation et directeur d'établissement)

Le premier élément notable est le regard porté par l'administration pénitentiaire sur la séparation entre les deux identités organisationnelles : pénitentiaire et hospitalière. En effet, depuis 1994, le milieu médical est pleinement indépendant et évolue en toute autonomie, comme un service à part de la détention.

- « *Je suis tout à fait satisfait de l'organisation actuelle et de la séparation stricte entre ce qui relève de mon métier, qui est la pénitentiaire, et ce qui relève de la politique de soins et de la politique sanitaire. »* Directeur (B1a.4)

Malgré une valorisation générale de ce système, cette stricte distinction entraîne parfois des difficultés de synthèse pour l'administration pénitentiaire.

- « *D'ailleurs ils ne disent pas détenus, ils disent patients mais c'est quand même un détenu derrière. »* Directeur (B1a.1)
- « *On est toujours à la croisée de ces chemins-là, c'est la vie d'un directeur de prison que de gérer les contradictions et dieu sait si elles sont nombreuses dans un milieu comme ça. Et dieu sait si entre les considérations sanitaires et les considérations pénitentiaires, il y a des contradictions. »* Directeur (B1a.5)

Cette séparation des identités professionnelles aboutit à l'un des éléments majeurs des discussions entre elles : la question du secret médical. Il constitue un point d'achoppement, très régulièrement évoqué.

- « *Le secret médical nous est quasiment systématiquement imposé. (...) on ne peut rien délivrer de ce qui est mis en place pour la personne, sans rentrer dans le détail, de peur de trahir la relation qu'il y a entre le soignant et le patient. »* SPIP (B1b.2)

Face à cette question, les réactions des professionnels de l'administration pénitentiaire sont plurielles. Certains revendiquent le secret partagé comme outil juridique mis en place et renforcé en 2016 par la loi de « modernisation de notre système de santé ».

- « *Ils ont le secret médical certes mais nous on a aussi le secret professionnel, on est aussi professionnel, on est fonctionnaire, on a aussi notre secret professionnel »* SPIP (B1b.1)

D'autres adoptent une position de compromis et de dialogue en essayant de tenir compte des limites exposées par les membres de l'unité sanitaire

- *« Il faut poser d'emblée le fait qu'on sera respectueux du secret médical, parce que c'est souvent la peur des soignants, donc il faut d'entrée de jeu le poser. Il faut aussi régulièrement le rappeler aux équipes parce que souvent quand il n'y a pas de lien c'est qu'il y a eu trop de volonté pas d'intrusion, mais trop de demandes intrusives de nos services vers le médical, qui du coup se replie et ne veut plus communiquer. »*
SPIP (B1b.7)

Dans une optique proche, il est intéressant d'observer les discours des acteurs de l'administration pénitentiaire vis-à-vis de l'indépendance dont jouirait le corps médical dans sa pratique. La hiérarchie pénitentiaire est fondée sur un système très pyramidal de prise de décision. Le mode de fonctionnement des unités sanitaires et l'autonomie du corps médical leur apparaissent inhabituels, voire illégitimes.

- *« Dans le milieu médical il n'y a pas de ligne directrice, c'est-à-dire qu'on ne dit pas à l'ensemble des professionnels, le positionnement du service c'est celui-ci. (...) Je pense que le choc il est là . Il est dans le fait que chaque professionnel de santé est indépendant. En tout cas, les médecins sont très indépendants dans leur positionnement alors que nous finalement on ne l'est pas vraiment. Nous en tous les cas on met en place une politique de service qui fait que le positionnement individuel de chacun prend moins de place. »*
SPIP (B1c.8)

Malgré les divergences de culture professionnelle précédemment exposées, les professionnels de l'administration pénitentiaire valorisent le rôle et la place des équipes soignantes au sein de la détention. Cette problématique est souvent analysée par les acteurs à la lumière de la future sortie, et donc de la réinsertion, sur laquelle les questions de santé, notamment orale, ont un impact important

- *« Pour moi, les soins en détention ne sont pas des soins comme en extérieur , il y a une symbolique qui va au-delà. »*
SPIP (B1e.8)
- *« Ça me paraît fondamental et c'est vraiment un temps qui permet bien souvent aux personnes de se remettre à jour sur un certain nombre d'aspects médicaux et en particulier je pense au dentaire. »*
SPIP (B1e.5)

Enfin la façon dont les acteurs envisagent la sortie sanitaire a été étudiée : les avis sont multiples, même si la préoccupation de la réinsertion prédomine.

- *« Nous on joue beaucoup de cet argument aussi de dire qu'à un moment le retour à la société civile c'est aussi le retour au droit commun et aux difficultés qui vont avec. Je reste très mitigée sur cette question parce qu'on travaille avec un public très fragile au niveau somatique on le sait , avec un niveau de pauvreté important, précaire donc souvent avec peu d'accès aux soins à l'extérieur. Moi ce que je trouve dommageable sur cet aspect parce qu'en effet n'y a pas de relais, enfin peu , après il y a le relais par l'hôpital. »*
SPIP (B1f.2)

L'ensemble de ces problématiques, de l'indépendance professionnelle à la place des soins dans la détention, sont aussi au cœur des discours des professionnels médicaux, et ce de manière souvent antagonique. Les professionnels de santé identifient eux-aussi des différences d'identité mais les revendiquent au lieu d'y voir un frein.

- *« Toute la confiance qu'on a pu mettre en place avec les personnes détenues dans les soins , elle est là. C'est que nous ont dit on fait partie de l'hôpital, c'est-à-dire que tout ce qui se fait dans l'unité sanitaire ça ne transpire pas. » Médecin-coordonateur (B2a.3)*

Les membres de l'unité sanitaire soulignent à de très nombreuses reprises que cette distinction est à leurs yeux essentielle pour pouvoir établir un contact et une relation de soin avec leur patient. De cette nécessité découle leur conception du secret médical.

- *« Tout ce qu'ils vont dire c'est sous le secret médical, et ça va jusque des détails ou je refuse qu'une infirmière ou un infirmier fasse copain/copine avec un surveillant devant le détenu . En dehors ils font ce qu'ils veulent. Mais pas devant les détenus pour pas donner l'impression qu'on s'entend bien, qu'on se dit des choses. » Médecin-coordonateur (B2b.3)*

Pour les membres du corps médical la distinction entre les deux entités est un élément essentiel permettant d'assurer une prise en charge médicale sereine .

De plus les acteurs de l'unité sanitaire soulignent le rôle du regard porté par leurs confrères sur leur pratique. L'absence de valorisation professionnelle et sociale ainsi que la transparence de leur activité sont soulignés.

- *« La vision du corps médical ? je pense qu'ils n'ont pas de vision , c'est zéro on est transparent, on n'existe pas , ils savent même pas qu'on existe les trois quarts du temps , quand par hasard ils se rendent compte qu'on existe, ils se demandent bien qu'est ce qu'on peut faire là-bas ?» Médecin-coordonateur (B2c.3)*
- *« Je ne suis pas parmi ces gens-là donc c'est ceux-là qu'il faudrait aller interroger mais je pense qu'il y en a certains qui se disent mais ça vaut pas le coup d'aller soigner ces gens. » Médecin-coordonateur (B2c.7)*

Après avoir questionné la vision portée par leurs confrères, il a été discuté avec chacun des professionnels de santé de son approche du public auquel il était confronté ainsi que son rapport au motif de l'incarcération. Sur ce sujet les discours des acteurs sont variés et dépendent de leur approche personnelle de l'univers judiciaire et carcéral. Faute de formation initiale commune sur ces thématiques, chaque professionnel de santé adopte une position individuelle qui ne permet pas d'observer une approche uniforme.

- *« Au départ oui , c'est sûr que si on sait d'emblée qu'on est face - c'est le truc que tout le monde évoque hein - qu'on est face à un violeur d'enfant on a moins envie d'être très empathique et voilà si je ne le sais pas je vais le prendre en charge de la façon lambda et puis peut-être découvrir d'autres aspects de sa personnalité qui font que en tout cas dans mes échanges médicaux ça rentre pas en ligne de compte. » Médecin-coordonateur (B2d.3)*

- « *Mais moi j'aimerais bien aussi m'occuper des agresseurs, enfin pas, parce c'est des agresseurs mais en tout cas il n'y a pas de raison de ne pas s'occuper d'eux.* » Dentiste (B2d.2)
- « *Mais par contre je ne cherche pas du tout à savoir ce qu'ils ont fait, ça c'est quelque chose que je me ..., je le dis tout de suite c'est pas mon but quoi, mon but c'est de les soigner et pour leur bien c'est tout.* » Dentiste (B2d.4)

La question de la sortie sanitaire, comme pour l'administration pénitentiaire, fait émerger des dissensions entre les acteurs. Certains prônent un accompagnement lors de cette phase de transition.

- « *J'ai deux consultations [...] et les détenus aiment beaucoup retrouver les mêmes personnes. Parce qu'ils ont pas à re raconter leur histoire, en général aucun n'est fier d'avoir fait de la prison. Et je crois qu'ils apprécient beaucoup de me revoir et de voir que le médecin qu'ils avaient vu il existe.* » Médecin-coordonateur (B2e.3)

Alors que d'autres, au contraire, défendent une autonomisation et une prise de responsabilité de la personne lors de sa sortie.

- « *Ça fait partie de la ré-insertion le patient doit être pro-actif, se prendre en main.* » Dentiste (B2e.1)

Enfin plusieurs éléments mettent en lumière une vision plus spécifique des chirurgiens-dentistes au sein des unités sanitaires. En effet, tant pour les membres de l'administration pénitentiaire que pour le corps médical, ils occupent une place à part. Sur cette profession spécifique chacun semble porter un regard singulier issu de sa culture personnelle et professionnelle. Ces façons de l'aborder conditionnent en retour une partie de l'activité des chirurgiens-dentistes.

L'intérêt du rôle de ces derniers ainsi que la place des soins bucco-dentaires en prison est souligné par les différents acteurs. En effet, les douleurs dentaires complexifient l'organisation de la détention, les détenus en souffrant étant plus irritables, violents et moins enclins à dialoguer avec le personnel pénitentiaire. La gestion des problèmes bucco-dentaires favorise ainsi la sérénité de la détention:

- « *Parce qu'un détenu qui souffre, et on sait à quel point les problèmes dentaires peuvent générer de la souffrance, c'est un détenu avec lequel nous on ne peut pas travailler, c'est un détenu pour lequel la gestion du comportement est très compliquée et si on peut pas répondre à cette souffrance on le met dans une situation où on peut ouvrir à de la violence, à de la frustration.* » SPIP (B3a.3)

De plus, une part des soins bucco-dentaires réalisés présentent une dimension esthétique les situant au carrefour de la prévention de la récidive, de la réinsertion et de la restauration de l'image de soi.

- « *Bien sûr, c'est la prévention de la récidive, si le type rentre en détention il a les dents pourries, et qu'on n'a pas d'actions par rapport à ça, quand il va sortir il va se présenter à un employeur et il va lui dire quoi.* » Directeur (B3a.7)
- « *Non seulement de se réapproprier le médical et puis au delà de se réapproprier son corps et l'image de soi c'est particulièrement vrai pour le dentaire* » Médecin-coordonateur (B3a.9)

Ces aspects positionnent les soins dentaires dans un champ à part de la prise en charge médicale globale. Mais cette place particulière est également soulignée comme élément négatif par les chirurgiens-dentistes. Déjà spécialisés du fait des exigences de leur discipline, ils soulignent leur difficulté à trouver une place au sein des unités sanitaires. Certains évoquent un sentiment de relégation.

- « *Parce que ça on me l'a renvoyé dans les dents des tas de fois . Attention vous êtes que dentiste.* » Dentiste (B3b.2)
- « *Donc tu penses bien que la maison d'arrêt, en plus le dentiste de la maison d'arrêt ,c'est la 7^{ème}, 8^{ème} ou la 9^{ème} roue du carrosse. Ils en n'ont pas grand-chose à faire.* » Dentiste (B3b.7)

Plusieurs notent une difficulté de compréhension de leur pratique par les autres professionnels.

- « *Alors après en tant, c'est vrai que en tant que chirurgien-dentiste on est pas non plus, c'est pas très très très étoffé non plus.* » Médecin-coordonateur (B3b.3)
- « *C'est à la fois traiter l'urgence mais malheureusement ou heureusement c'est pas que traiter l'urgence mais ça c'est difficile à faire comprendre aux chefs à plume. Parce que pour eux c'est ça, l'estime de soi à la limite ils s'en foutent c'est pas ça la question.* » Dentiste (B3b.4)

De plus le regard porté par leurs confrères sur leur pratique est également évoqué de façon spécifique aux chirurgiens-dentistes. Si les notions d'invisibilisation et d'incompréhension de la pratique en détention sont soulignées par les médecins, apparaît dans leur cas une notion d'échec professionnel.

- « *Je pense qu'ils imaginent, comme ce que pensent un peu certains détenus, c'est à dire qu'on a, qu'on n'est pas là par choix et que si on est là c'est parce qu'on était incapable d'ouvrir un cabinet au Trocadéro par exemple.* » Dentiste (B3d.2)

L'intérêt de la pratique en milieu pénitentiaire a été expliqué par la majorité des chirurgiens-dentistes par le désir d'être rattachés à une structure hospitalière. Cette pratique donne du sens et de l'utilité à leur profession.

- « *Il y a le vrai sens de l'utilité qui apparaît je trouve ça vraiment chouette.* » Dentiste (B3c.6)

Enfin la vision de chacun des praticiens sur son exercice a été interrogée. Les acteurs portent eux-mêmes des regards très différents sur leur métier et leur rôle en détention.

- « *Mais moi je suis pas là que pour le geste technique , et c'est vrai que je passe du temps [...] à leur redire qu'on ne parle pas comme ça [...]. Pour moi je trouve que ça fait partie de ma mission , on ne peut pas sortir des trucs pareils à un dentiste en ville.* » Dentiste (B3e.2)
- « *Moi je suis plus dans le technique, dans le soin et puis voilà* » Dentiste (B3e.1)

III-Les interactions entre les acteurs

De multiples liens informels ont été décrits par les acteurs comme étant la clef de l'organisation actuelle des soins. Ils permettent des interactions plus importantes que ne pourrait le laisser penser une analyse protocolaire des relations. Le formel est délaissé au profit d'une réalité plus valorisante sur le plan humain.

- « *En revanche c'est sur le terrain que les relations sont fortes.* » Directeur (C9.1)
- « *Parce que c'est l'administration pénitentiaire, c'est que de la personne en fait, c'est que de la relation humaine.* » Dentiste (C9.2)
- « *Moi je vais vous faire un aveu : si le psychiatre il veut pas venir en CPU, je m'en fiche. Ce qui importe c'est les relations qu'on va pouvoir avoir au quotidien entre ses agents et les miens.* » Directeur (C9.3)

Après avoir précédemment objectivé la complexité et l'hétérogénéité des visions de chacun des acteurs, il semble nécessaire que les protagonistes puissent mieux appréhender les regards respectifs des différents partenaires.

- « *Après je pense que ce qui manque c'est la connaissance de la culture de l'autre et je pense qu'à partir du moment où on comprend comment l'autre fonctionne et comment l'autre en arrive à ce positionnement ça permet aussi de mieux l'accepter et puis de trouver des solutions parce qu'en fait les solutions elles existent. Voilà les professionnels se connaissent pas tant que ça et cette différence culturelle et institutionnelle elle est à mon avis trop méconnue.* » SPIP (C1.12)

Afin de faciliter les échanges culturels, des acteurs clefs tels que des assistantes sociales, des psychologues ou des cadres de santé sont identifiés. Leur position intermédiaire, à la frontière des professions et des pratiques, leur donne une place particulière, facilitatrice des interactions.

- « *Ce qui nous a aidé sur les deux dernières années c'est de positionner la psychologue SPIP sur cette question-là. Pour les soignants, c'est plus simple de communiquer avec la psychologue que de communiquer avec des conseillers d'insertion et de probation. C'est compliqué parce que nous on a l'étiquette justice, donc les soignants ils sont toujours un peu en difficulté* » SPIP (C2.4)
- « *La cadre est en lien avec l'ensemble des professionnels de l'établissement et je pense que ce fonctionnement-là, il marche. Et il nous permet d'entrer en contact avec les autres professionnels* » SPIP (C2.5)

De plus la question du rapport avec les surveillants pénitentiaires a été évoquée à de multiples reprises :

- « *On a le personnel pénitentiaire, alors pas tous évidemment et puis ça change, mais il y a une tendance à vous regarder un peu bizarrement parce que vous vous soignez les détenus.* » Directeur (C3.5)
- « *Moi je me suis frotté aussi avec des surveillants parce qu'il y avait un manque de respect des détenus et du service public.* » Dentiste (C3.8)

- *« Moi je lui en ai parlé il m'a dit non mais vous n'êtes pas mon supérieur hiérarchique , j'ai pas de comptes à vous rendre, » Dentiste (C3.9)*

Ces témoignages révèlent des cultures, des organisations hiérarchiques et des objectifs différents, parfois à l'origine de tensions entre les professionnels.

Afin de faciliter les interactions plusieurs solutions ont été proposées telles que la fréquentation d'instances de rencontre ou de formations communes.

- *« Ça c'est important d'avoir des instances où on peut se croiser. On en a une notamment sur le parcours d'exécution des peines et l'unité sanitaire vient très rarement alors que c'est pile une instance où justement ça peut créer du lien. » SPIP (C4.1)*
- *« C'était une formation assez généraliste qui était proposée et c'était proposé aussi aux autres personnels et il était ravi parce qu'il a passé une journée [...] il était très content parce que ça lui a permis d'aborder les personnels dans un autre contexte. » Directeur parlant de la journée de formation d'un médecin coordinateur (C5.1)*

De plus la mise en place de projets communs permet de multiplier les liens .

- *« On va débiter un travail sur l'image corporelle. Bien sûr qu'on va travailler un petit peu avec tout le monde, ça va être un gros projet et on va peut-être travailler un petit peu avec la pénitenciaire aussi parce que c'est important. » Médecin-coordonateur (C6.6)*
- *« Moi je pense que c'est un vrai projet d'établissement, c'est une vraie philosophie, c'est une vraie conception de son métier. » Directeur (C6.7)*

D'autres liens plus ponctuels ont été mis en exergue par les acteurs de terrain, comme les situations de crises. Les rapprochements durant ces difficultés partagées semblent créer des interactions propices à l'instauration d'un lien de confiance, qui peut perdurer.

D'autres éléments comme la gestion des incidents permettent également de renforcer ces interactions

- *« Mais je lui ai fait un petit mail pour lui demander si ça allait, tout ça, que s'il voulait en discuter qu'il passe me voir. Ce qui est normal, ce que je ferai pour un de mes agents, ce que je ferai pour un intervenant. Oui, c'est propre aussi à créer de la confiance , une confiance entre le médecin et l'administration pénitenciaire. » Directeur (C7.1)*

Enfin, la gestion de la crise sanitaire de la covid-19 a été évoquée par de nombreux acteurs comme un élément de gestion fédérateur ayant permis l'émergence de nouvelles pratiques .

- *« Vous voyez c'est vraiment un échange constant et juste, qui nous permet de gérer ce contexte de COVID très sereinement en fait. » Directeur (C8.2)*

DISCUSSION

Des travaux antérieurs avaient déjà souligné que les acteurs du milieu carcéral étaient issus d'univers culturels, sociaux et professionnels divers. Les regards varient entre les professions mais aussi entre les individus [12-15].

Les deux ministères, de la justice et de la santé, ont conjointement tenté de progresser sur la constitution de liens et d'objectifs communs [9, 16-19]. Ils ont conçu des outils juridiques de partage de la connaissance [17, 19] tel que le secret partagé, qui reste cependant un point d'achoppement. Des professionnels médicaux, des associations ainsi que le conseil de l'ordre des médecins s'opposent à cette solution, qu'ils perçoivent comme un dévoiement du secret médical [20-22].

Par ailleurs des professionnels de l'administration pénitentiaire soulignent le double objectif de l'incarcération : sanctionner l'auteur de l'infraction mais aussi préparer sa réinsertion [16,17,19]. Les directeurs de prison et les conseillers d'insertion et de probation sont nombreux à souligner au cours de ces entretiens la nécessité de mettre à profit le temps de la détention.

Le principal résultat de cette étude concerne la spécificité des soins bucco-dentaires en prison. Cette spécificité repose sur deux éléments principaux. En effet l'impact esthétique de ces soins joue un rôle singulier. En complément du soulagement de la douleur, le chirurgien-dentiste participe à la restauration de l'image ainsi que de l'estime de soi de chaque patient. Ces éléments constituent une dimension importante pour leurs interactions familiales et amicales, au cours de la détention et à l'extérieur. De plus, la question du secret médical, soulignée par de nombreux auteurs comme un argument essentiel du cloisonnement entre les deux administrations ne semble pas englober les mêmes exigences dans le champ bucco-dentaire. La fonction d'expertise du chirurgien-dentiste est plus restreinte que celle des médecins, ce qui le place dans une posture différente face aux demandes de l'administration pénitentiaire. Le domaine de compétences du chirurgien-dentiste apparaît comme aisément intégrable aux actions menées par les conseillers d'insertion et probation : organisation d'un forum santé, rendez-vous avec un psycho-esthéticien, atelier de bien-être. Les chirurgiens dentistes pourraient se démarquer en tant qu'acteurs clefs pour la réalisation d'actions d'inter-professionnelles communes allant au-delà du soin somatique.

Bien que séparée de la détention, l'unité sanitaire est malgré tout dans les murs de la prison. Les professionnels soulignent l'impact de cette vie quotidienne, au sein d'une institution totale [23]. Malgré des cultures professionnelles distinctes, les acteurs sont confrontés au même public, caractérisé par ses problématiques singulières: précarités, dégradation de l'état de santé, dégradation de l'image de soi, addictions, toxicomanie, marginalisation [24]. L'objectif de réinsertion du système carcéral et la nécessaire implication des acteurs médicaux dans ce dernier, n'est que trop peu lisible pour permettre la mobilisation des acteurs autour d'un projet commun.

La réforme pénitentiaire de 1994, qui incarne le passage d'une médecine pénitentiaire à une médecine en milieu pénitentiaire, a assurément permis une amélioration majeure des conditions sanitaires en détention [25]. Pourtant, plus de vingt-cinq ans après, la création de synergies entre des acteurs, encore trop souvent enfermés dans un discours dual demeure difficile [2, 18-20]. Les résultats de cette étude vont dans le même sens : si la dentisterie semble présenter un potentiel terrain d'entente et de constitution de projet commun entre les différents acteurs, ils confessent tous que ce n'est pas le cas actuellement.

Cette étude s'est fondée sur des entretiens réalisés dans des établissements pénitentiaires au sein desquels exercent des chirurgiens dentistes. Bien que peu évoquées, les difficultés liées au recrutement et à l'absence de postes sont soulignées comme problématiques par un certain nombre d'acteurs. Il est à noter un possible biais de sélection, étant donné que les personnes ayant répondu aux sollicitations d'entretiens sont des acteurs souvent intéressés et engagés. Certains ont évoqué des collègues désinvestis et contraint à l'exercice en milieu pénitentiaire. Ces profils n'ont pas pu être interrogés pour développer leur vision.

Cette recherche souligne l'existence d'opinions propres à chaque acteur interrogé, qui relèvent d'hypothèses non quantifiées. De prochains travaux pourraient viser à évaluer la perception et l'importance du secret médical ainsi que l'ensemble de ces problématiques aux yeux des détenus dans la construction de leur relation médicale. Des informations documentées à ce sujet pourraient apporter des réponses aux interrogations des professionnels. Il pourrait être envisagé de réaliser une enquête auprès des professionnels médicaux ayant choisi de ne pas travailler en milieu carcéral afin de mieux analyser le phénomène et de pallier le manque d'effectifs de santé en milieu pénitentiaire [2].

BIBLIOGRAPHIE

1. Administration pénitentiaire : bureau de la donnée. Séries statistiques des personnes placées sous mains de justice : 1980-2020. Paris : Ministère de la justice(Fr); 2020. 65 p.
2. Branchu C, Guedj J, Zientara-logeay S, De Blasi M, Lopez F. Evaluation du plan d'action stratégique 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice. Paris : Inspection générale des affaires sociales, Inspection générales des affaires judiciaires (Fr) ; 2015. 176 p. Report No : 2015-050R.
3. Guarnizo-Herreño CC, Watt RG, Fuller E, Steele JG, Shen J, Morris S, « et al ». Socioeconomic position and subjective oral health : findings for the adult population in England, Wales and Northern Ireland. BMC Public Health. 2014;14:827.
4. Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie Bretagne. Etat de santé et distribution des soins bucco-dentaires aux détenus en Bretagne. Rapport d'enquête (Fr) ; 2007.
5. Heidari E, Dickinson C, Newton T. An overview of the prison population and the general health status of prisoners. Br Dent J. 2014;217(1):15-9.
6. Pegon-Machat E, Jourdan D, Tubert-Jeannin S. Inégalités en santé orale : déterminants de l'accès à la prévention et aux soins en France. Sante Publique. 2018;30(2):243-251.
7. Watt RG, Daly B, Allison P, Macpherson L, Venturelli R, Listl S, et al. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. Lancet. 2019;394(10194):261-272.
8. Bedos C, Apelian N, Vergnes J-N. Towards a biopsychosocial approach in dentistry: the Montreal-Toulouse Model. Br Dent J. 2020;228(6):465-468.
9. Guide méthodologique : prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Paris : Ministère de la justice, Ministère des solidarités et de la santé (Fr) ;2017. 454p.
10. Bongrand P, Laborier P. L'entretien dans l'analyse des politiques publiques : un impensé méthodologique. Revue française de science politique. 2005;55(2):73-111.
11. Kivits J, Ballard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé. Paris : Armand Colin, « U » ; 2016.330p.
12. 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*. 2014;217(4):177-182.
13. Lechien MH. L'impensé d'une réforme pénitentiaire. *Actes de la recherche en sciences sociales*. 2001;1-2(136-137):15-26.
 14. Milly B. Les professions en prison : convergences entre individualisme méthodologique et interactionnisme symbolique. *L'Année sociologique*. 2001;51(1):103-136.
 15. Vanderstukken O, Garay D, Benbouriche M, Moustache B. Professionnels de la psychiatrie et de la pénitentiaire, le poids des représentations sociales : penser une articulation sans collusion ni clivage . *L'information psychiatrique*. 2015;91(8):676-686.
 16. République Française. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé. *JORF n°0022 du 27 janvier 2016*.
 17. République Française. Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire. *JORF n°0273 du 25 novembre 2009*
 18. Farges E. Penser la réforme pénitentiaire avec Michel Foucault. Apports et limites à une sociologie politique de la loi du 18 janvier 1994. *Raisons Politiques*. 2007;25(1):101-125.
 19. Santé des personnes placées sous mains de justice 2019-2022. Feuille de route. Paris: Ministère de la justice, Ministère des solidarités et de la santé (Fr); 2019. 62 p.
 20. David M. Le secret médical en prison et ailleurs. Un concept dépassé et ringard ou un désordre des esprits. *L'information psychiatrique*. 2015;91(8):662-670.
 21. Association des professionnels de santé exerçant en prison. Mémoire sur l'échange/partage d'information entre personnels de santé et personnels pénitentiaires. (Fr); 2019. 24 p.
 22. Prison: menace sur le conseil médical. *Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins*. 2011;18:22-27.
 23. Goffman E. *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Traduction. de Liliane et Claude Lainé. Paris : Les éditions de minuit ;1968. 452p.
 24. Watson R, Stimpson A, Hostick T. Prison health care: a review of the literature. *Int J Nurs Stud*.2004;41(2):119-28.
 25. Farges E. Dynamique professionnelle et transformations de l'action publique : Reforme l'organisation des soins dans les prisons françaises : les tentatives de spécialisation de la « médecine pénitentiaire » (1970-1994). Thèse. Lyon ; 2013. 755p.

COZ, Philippine . Perceptions des professionnels travaillant en milieu carcéral sur l'organisation et la pratique des soins bucco-dentaires

23f,1 tabl, 30 cm.- Thèse : Odontologie ; Rennes 1; 2021 ; N° 42.20.21.

Résumé français

L'objectif de ce travail est d'évaluer les perceptions d'acteurs issus de l'administration hospitalière et de l'administration pénitentiaire sur la pratique des soins bucco-dentaires en milieu carcéral. Il a été construit en analysant 18 entretiens semi-dirigés réalisés auprès de directeurs d'établissements pénitentiaires, de conseillers d'insertion et probation, de médecins coordinateurs et de chirurgiens-dentistes. Pour cela, trois catégories d'analyse ont été établies regroupant tout d'abord les éléments contextuels puis les cultures de chacune des professions et enfin les interactions actuelles et potentielles. Au cours de ce travail les chirurgiens-dentistes ont été identifiés comme des acteurs spécifiques au sein des unités sanitaires en exerçant une discipline à part des autres spécialités médicales. En effet le rapport au corps, à l'image ainsi qu'à l'estime de soi mais aussi un positionnement spécifique tant sur la question du secret médical que sur les besoins d'expertise du monde pénitentiaire rendent cet exercice particulier. Ces professionnels peuvent donc être identifiés comme les acteurs centraux dans la construction d'interactions entre l'administration pénitentiaire et l'administration hospitalière au sein du système carcéral français .

Executive summary

This article aims at assessing hospital and penitentiary administration agents' perceptions of oral healthcare practice in prison. It was built by analysing 18 semi-structured interviews with prison directors, integration and probation officers, coordinating physicians and dentists. To do this, three types of analysis have been established containing first contextual elements, second each professional culture and last actual and potential interactions. Dentists were identified as specific agents within prisons' sanitary units because of the separation between dentistry and other medical specialties. Indeed, the relation to the body, to the self-image and self-esteem along with the specific positioning regarding medical secrecy and expertise required by the prisons' staff make dentistry practice a separate field in prisons. The aforementioned elements can thus be singled out as central actors in the construction of interactions between penitentiary and hospital administrations in the French prison system.

Rubrique de classement :

SANTE PUBLIQUE

Mots-clés :

[Santé orale
[Carcéral
[Inter-professionnel

Mots-clés anglais MeSH :

[Oral health
[Prison
[Inter-professional

Président : Monsieur le professeur Jean-Louis Sixou

JURY :
Assesseurs : M. Antoine Couatarmanach
Mme. Alexia Marie-Cousin
M. Yann-Loïg Turpin
M. Brice Chauvel

Adresses de l'auteur :