



UNIVERSITÉ DE LILLE
DEPARTEMENT FACULTAIRE UFR3SODONTOLOGIE

Année de soutenance : 2024

N°:

THÈSE POUR LE
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 04/12/2024

Par Lucas Ritucci

Né le 08 juillet 1995 à RONCQ – FRANCE

Mise en place d'une première consultation d'odontologie à l'USMP de la maison
d'arrêt de Cuincy

JURY

Président : Monsieur le professeur Lieven ROBBERECHT

Assesseurs : Madame le docteur Mathilde SAVIGNAT

Madame le docteur Céline CATTEAU

Monsieur le docteur Paul PAILLEUX

Président de l'Université :	Pr. R. BORDET
Directrice Générale des Services de l'Université :	A.V CHIRIS FABRE
Doyen UFR3S :	Pr. D. LACROIX
Directrice des Services d'Appui UFR3S :	
Vice doyen département facultaire UFR3S-Odontologie :	Pr. C. DELFOSSE
Responsable des Services :	L. KORAÏCHI
Responsable de la Scolarité :	V MAURIAUCOURT

PERSONNEL ENSEIGNANT DE LA FACULTE

PROFESSEUR DES UNIVERSITES EMERITE

E DEVEAUX	Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie
-----------	--

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

K. AGOSSA	Parodontologie
P. BOITELLE	Responsable du département de Prothèse
T. COLARD	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
C. DELFOSSE	Vice doyen du département facultaire UFR3S Odontologie Odontologie Pédiatrique Responsable du département d'Orthopédie dento-faciale
L ROBBERECHT	Responsable du Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

T. BECAVIN	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
A. BLAIZOT	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale
F. BOSCHIN	Parodontologie
C. CATTEAU	Responsable du Département de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
X. COUDEL	Biologie Orale
A. de BROUCKER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. DEHURTEVENT	Prothèses
C. DENIS	Prothèses
F. DESCAMP	Prothèses
M. DUBAR	Responsable du Département de Parodontologie
A. GAMBIEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
M. LINEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
T. MARQUILLIER	Odontologie Pédiatrique
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Responsable du Département de Chirurgie Orale Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHU Lille
C. OLEJNIK	Responsable du Département de Biologie Orale
H. PERSOON	Dentisterie Restauratrice Endodontie (maître de conférences des Universités associé)
P. ROCHER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. SAVIGNAT	Responsable du Département de Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
T. TRENTESAUX	Responsable du Département d'Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Prothèses
R. WAKAM KOUAM	Prothèses

PRATICIEN HOSPITALIER et UNIVERSITAIRE

M. Bedez	Biologie Orale
----------	----------------

Réglementation de présentation du mémoire de Thèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation ni improbation ne leur est donnée.

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury...

Monsieur le Professeur Lieven ROBBERECHT

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Section de Réhabilitation Orale

Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université de Lille

Habilité à diriger des recherches

Responsable du Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse et je vous en remercie.

Votre engagement pour la dentisterie restauratrice et l'endodontie, à travers vos enseignements et votre implication clinique ont été une source d'inspiration tout au long de mes études.

Soyez assuré de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.

Madame le Docteur Mathilde SAVIGNAT

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Section de Réhabilitation Orale

Département Sciences Anatomiques

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Odontologie de l'Université de Lille2

Master Recherche Biologie Santé - Spécialité Physiopathologie et Neurosciences

Responsable du Département des Sciences Anatomiques

Chargée de mission PASS - LAS

Vous me faites l'honneur de faire partie des membres de mon jury.

Je vous remercie pour votre gentillesse et votre savoir tout au long de mon cursus et notamment pendant les vacations d'urgence en clinique.

Veillez trouver dans ce travail toute mon estime et mon plus grand respect.

Madame le Docteur Céline CATTEAU

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Section Développement, Croissance et Prévention

Département Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Odontologie de l'Université d'Auvergne

Master II Recherche « Santé et Populations » - Spécialité Evaluation en Santé & Recherche Clinique - Université Claude Bernard (Lyon I)

Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales (Lille2)

Formation à la sédation consciente par administration de MEOPA pour les soins dentaires (Clermont-Ferrand)

Formation certifiante « concevoir et évaluer un programme éducatif adapté au contexte de vie d'un patient » (CERFEP Lille)

Adjoint au vice doyen département facultaire UFR3S-Odontologie - Lille

Responsable du Département Prévention et Epidémiologie, Economie de la Santé et Odontologie Légale

Votre présence dans mon jury était pour moi une évidence, vous me faites l'honneur d'y siéger.

Merci pour l'aide apportée lors de l'élaboration de mon manuscrit.

Je garderai également toujours en souvenir votre pédagogie lors des vacances cliniques.

Veuillez trouver à travers ceci l'expression de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Paul PAILLEUX

Praticien Hospitalier au centre hospitalier de Douai

Exercice de chirurgie exclusif à Liévin

Exercice de chirurgie sous anesthésie générale à la polyclinique de Clarence à Divion

Docteur en Chirurgie Dentaire qualifié en chirurgie orale

Docteur en Odontologie de l'Université de Lille

CES d'odontologie chirurgicale (Lille)

DU de dermatologie et vénéréologie de la muqueuse buccale (Paris)

DU de chirurgie osseuse pré implantaire (Nice)

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger la rédaction de cette thèse d'exercice.

C'est à travers ma vacation et votre expérience à l'USMP de Cuincy que vous m'avez donné envie de proposer ce sujet.

Veillez trouver dans cette thèse l'expression de ma plus grande estime.

Table des matières

INTRODUCTION	12
1. Fonctionnement de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire	13
1.1. Définition de l'USMP	13
1.2. Etablissements pénitentiaires.....	13
1.3. Dispositifs de soins somatiques et psychiatriques	14
1.4. Les trois niveaux de prise en charge	16
1.5. L'organisation des consultations sanitaires	17
1.5.1. Consultation des arrivants	18
1.5.2. Consultation à la demande de la personne détenue	21
1.5.3. Consultation de sortie	22
1.6. L'organisation des consultations sanitaires en dehors de l'USMP	23
1.7. Consultation spécifique dentaire à la maison d'arrêt de Cuincy.....	24
2. Population carcérale	25
2.1. Spécificités de la population carcérale	25
2.2. Population précaire.....	26
2.2.1. Protection sociale.....	26
2.3. Consommation de substances psychoactives et toxicomanie	26
2.3.1. Alcool.....	27
2.3.2. Tabac	29
2.3.3. Drogues	29
2.3.4. Psychotropes.....	29
2.3.5. Tableau récapitulatif.....	30
2.4. Troubles psychiatriques	30
2.5. Pathologies	32
2.5.1. Pathologies générales.....	32
2.5.2. VIH.....	33
2.5.3. Hépatite B et C.....	33
2.6. Handicap	33
2.7. Violences	34
3. Première consultation odontologique spécifique au milieu carcéral	35
3.1. Anamnèse.....	35
3.1.1. Anamnèse médicale	35
3.1.2. Anamnèse odontologique.....	35
3.2. Examen exo buccal.....	36
3.2.1. Palpation des chaînes ganglionnaires.....	36
3.2.2. Inspection des lèvres	36
3.3. Examen endo buccal	37

3.3.1	Examen des muqueuses buccales	37
3.3.1.1	Risque alcoolotabagique.....	37
3.3.1.2	Risques de la personne vivant avec le VIH :	39
3.3.2	Examen dentaire	40
3.3.2.1	Lésions carieuses.....	40
3.3.2.2	Lésions d'usure.....	42
3.3.2.3	Traumatismes dentaires	44
3.3.2.4	Soins et prothèses	44
3.3.3	Examen parodontal	44
3.4	Examens complémentaires	47
3.4.1	Tests cliniques.....	47
3.4.2	Examens radiologiques.....	47
3.5	Prévention	49
3.6	Prescription	49
3.8	Intérêts de la mise en place de la première consultation.....	52
4.	Plaquettes informatives.....	53
4.1.	Objectifs	53
4.2	Circuit de distribution	53
4.2.1	Support de distribution	53
4.2.2	Moyen de distribution.....	53
4.3	Modèle chirurgien-dentiste.....	54
4.4	Modèle patients	57
	CONCLUSION	58

INTRODUCTION

L'organisation des soins de santé en milieu pénitentiaire est primordiale pour garantir le bien-être des détenus. Les Unités de Soins en Milieu Pénitentiaire (USMP) assurent une prise en charge médicale intégrée et adaptée aux détenus, offrant des soins somatiques et psychiatriques, et assurant la continuité des soins à l'entrée et à la sortie des établissements.

Les établissements pénitentiaires français qui sont représentés par les maisons d'arrêt et les centres de détention, influencent l'organisation des soins. Les USMP fonctionnent selon des conventions spécifiques et sont structurées en plusieurs niveaux de prise en charge, allant des soins ambulatoires à l'hospitalisation complète.

La population carcérale est souvent composée de personnes qui sont jeunes, peu éduquées et issus de milieux défavorisés (1). Ils présentent une santé fragile, avec une prévalence élevée de maladies infectieuses, de troubles psychiatriques et de toxicomanie. Les défis sanitaires en milieu pénitentiaire sont amplifiés par des conditions particulières telles que l'isolement, la violence et la surpopulation.

Le but de cette thèse est de mettre en avant le besoin de mise en place d'une première consultation odontologique au sein de l'USMP de la maison d'arrêt de Quincy qui n'existe pas à ce jour. Puis d'accompagner le chirurgien-dentiste et le patient au cours de cette première consultation.

Pour cela nous aborderons le fonctionnement de l'USMP, les spécificités de la santé carcérale puis le déroulé d'une première consultation spécifique au milieu carcéral. Pour terminer, nous verrons l'élaboration de plaquettes à destination des patients et des chirurgiens-dentistes.

1. Fonctionnement de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire

1.1. Définition de l'USMP

Pour assurer à la population incarcérée la qualité et la continuité des soins équivalents à ceux de l'ensemble de la population, des unités sanitaires sont implantées en milieu pénitentiaire (les USMP).

Ces unités assurent les soins somatiques suivants :

- Les consultations de médecine générale et spécialisées dont les consultations odontologiques
- Les soins infirmiers
- Les examens médico-techniques
- La délivrance de médicaments et de dispositifs médicaux

Ces USMP assurent la coordination et la réalisation des actions d'éducation et de prévention pour la santé. Puis de la continuité des soins à la sortie des détenus (2).

1.2. Etablissements pénitentiaires

Aujourd'hui, en France, Il existe 186 établissements pénitentiaires qui sont séparés en deux catégories. Les maisons d'arrêts et les établissements pour peine.

- Les maisons d'arrêt, tel que Cuincy :

A travers la France, il y en a 81. Elles sont spécifiquement conçues pour accueillir les personnes prévenues en détention provisoire, c'est-à-dire les individus attendant leur jugement ou dont la condamnation n'est pas encore définitive. Elles reçoivent également les personnes condamnées dont la peine à purger ou le reste de leur peine n'excède pas deux ans.

- Les établissements pour peine :

Ils sont 98, classés en différentes catégories, selon la population pénale qu'ils hébergent

Les 6 maisons centrales : Ce sont des établissements destinés à accueillir des détenus ayant de longues peines et dont la réinsertion sera plus difficile. Elles possèdent des dispositifs de sécurité plus importants.

Les 25 centres de détention : Ils accueillent les détenus condamnés à une peine qui est supérieure à deux ans mais présentant de meilleures perspectives de réinsertion sociale. Les centres de détention sont orientés vers la resocialisation des personnes détenues.

Les 9 centres de semi-liberté : Ils sont conçus pour faciliter la réinsertion des détenus en leur permettant de passer du temps hors de l'établissement tout en respectant les conditions pénitentiaires, telle que les horaires de sortie.

Les 58 centres pénitentiaires : Ce sont des établissements qui regroupent au moins deux quartiers différents. Les maisons d'arrêt, les centres de détention et/ou les maisons centrales.

Il y a également 6 établissements pénitentiaires dédiés aux mineurs et 1 établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF).

Ces établissements sont essentiels pour le système pénitentiaire car ils jouent un rôle clé dans la détention, la réhabilitation et la réinsertion des individus incarcérés¹.

1.3. Dispositifs de soins somatiques et psychiatriques

Les USMP ont pour mission d'assurer des prises en charge médicales à la fois individuelles (consultations et actes externes) et collectives, telles que les groupes de travail thérapeutiques (CATTTP).

Ces unités comprennent deux dispositifs de soins distincts : un dispositif de soins somatiques et un dispositif de soins psychiatriques (3).

La prise en charge médicale qui nécessite un équipement et/ ou des moyens humains spécifiques est réalisée au centre hospitalier qui est attaché à l'USMP. Celui de la maison d'arrêt de Cuincy est le centre hospitalier de Douai.

¹ Ministère de la justice Les structures pénitentiaires [Internet]. [cité 29 mars 2023] Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/les-structures-penitentiaires-14557.html>

Un protocole, donné par le ministère des solidarités et de la santé établit les conditions de fonctionnement des USMP et clarifie les responsabilités des établissements de santé et des établissements pénitentiaires.

- Missions du Dispositif de Soins Somatiques :

Le dispositif de soins somatiques prend en charge l'ensemble des consultations médicales générales et spécialisées, y compris les consultations dentaires.

Ce dispositif joue un rôle important pour déterminer les besoins de soins des détenus à leur arrivée en prison et pour la mise en place de soins médicaux continus.

De plus, il coordonne les initiatives de prévention de la santé.

- Missions du Dispositif de Soins Psychiatriques :

Le dispositif de soins psychiatriques gère l'ensemble des activités liées aux consultations, aux entretiens, et aux activités thérapeutiques de groupe pour les détenus ayant des besoins en santé mentale.

Pour ce faire, il doit disposer d'installations spécifiques et renforcer les effectifs du personnel de santé.

Ce service est accessible à toutes les personnes incarcérées, qu'elles soient majeures ou mineures.

De plus, des professionnels de la psychiatrie infanto-juvénile interviennent dans les établissements pénitentiaires accueillant des mineurs (4).

1.4. Les trois niveaux de prise en charge

Les dispositifs de soins somatiques et psychiatriques sont composés selon trois niveaux de prise en charge :

Niveau 1 : Soins Ambulatoires au sein de l'USMP

Les consultations médicales, les prestations médicales et les activités thérapeutiques, y compris les Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), sont regroupés à ce niveau.

Les soins de niveau 1 sont administrés directement au sein de l'Unité de Soins en Milieu Pénitentiaire (USMP).

Niveau 2 : Soins nécessitant une prise en charge à temps partiel

Ce niveau comprend les services de jour en psychiatrie (hôpital de jour) et les chambres sécurisées.

Les soins somatiques de niveau 2 sont réalisés dans l'établissement hospitalier associé, tandis que les soins psychiatriques de niveau 2 sont effectués au sein des USMP en cas d'hospitalisation de jour en psychiatrie.

Niveau 3 : Soins nécessitant une hospitalisation à temps complet

Dans des chambres sécurisées au sein des établissements de santé, des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) et l'Établissement Public de Santé National de Fresnes (EPSNF). Les soins sont donc réalisés au sein de ces établissements de santé.

Les structures de soins pour les personnes placées sous-main de justice ont été établies conformément à plusieurs textes législatifs :

Le décret du 14 mars 1986, qui a instauré les 26 Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR).

Le décret du 27 octobre 1994, qui régit les soins dispensés aux personnes détenues.

La loi d'orientation du 9 septembre 2002, qui a créé les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA).

La législation de 2002 a introduit la possibilité d'hospitalisation au sein des UHSA, qu'il s'agisse d'hospitalisations avec ou sans le consentement de la personne détenue(4).

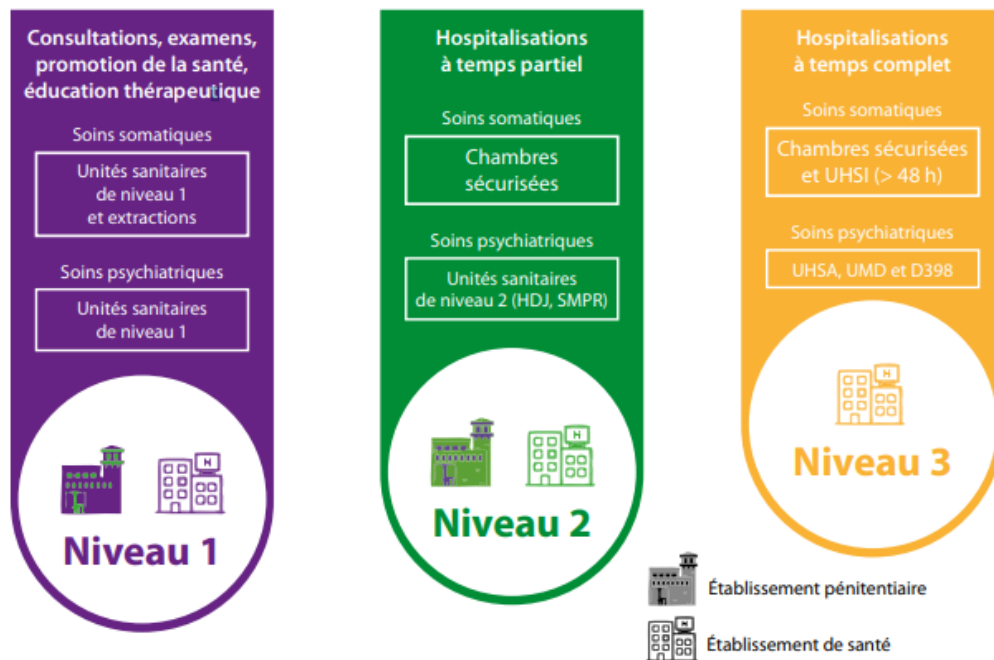


Figure 1: les trois niveaux de prise en charge (4)

1.5. L'organisation des consultations sanitaires

L'établissement public de santé désigné conformément à l'article R. 6112-14 assure la prestation de soins médicaux aux détenus directement dans l'établissement pénitentiaire ou en milieu hospitalier lorsque l'état de santé du détenu requiert une hospitalisation.

Dans le cadre de ces prestations, il effectue directement ou organise la réalisation d'examen médicaux, notamment des examens radiologiques et des analyses de laboratoire, nécessaires à l'établissement d'un diagnostic médical précis (5).

1.5.1. Consultation des arrivants

Le premier examen médical des personnes détenues doit être réalisé le plus rapidement possible en obtenant au préalable le consentement de la personne détenue. Il est aidé par la mise en place d'un document recto verso rempli par médecin au cours de sa consultation.

A la maison d'arrêt de Cuincy, les patients reçoivent dans un premier temps une réunion d'information par les infirmières, puis une consultation par les médecins présents. Il y a lors de cette consultation la remise d'une brosse à dents et du dentifrice.

L'objectif de cet examen est de dépister rapidement toute maladie contagieuse ou évolutive, et de mettre en place les mesures thérapeutiques appropriées. La part consacrée à la santé bucco-dentaire est réduite.

Cela inclut notamment le traitement des personnes ayant des comportements liés à des addictions. Cela inclus la détection des détenus sous emprise de stupéfiants pour mettre en place un traitement de substitution, ainsi que la continuité des soins pour les personnes déjà sous traitement.

De plus, cet examen vise à prévenir le risque de suicide en leur fournissant une assistance adaptée(4).

Un document concernant l'organisation de l'USMP est remis au patient. Il le rend acteur de sa prise en charge.

FICHE D'ACCUEIL

UNITE SANITAIRE EN MILIEU PENITENTIAIRE

ETAT CIVIL

NOM	Prénom		
Date et lieu de naissance			
Adresse			
Situation de famille	Nombre d'enfants		
Service Militaire	OUI	NON	Année
Langue d'usage			

SITUATION SOCIALE ET PROFESSIONNELLE

Assurance Maladie :
COTOREP
Pension Handicapé
Retraité

Instruction :
Formation :
Profession :

SITUATION PENALE

Date d'incarcération :

Primaire

Motif :
Récidiviste

Lieu de la dernière incarcération

Condamné

OUI

NON

Durée de la peine :

SANTE

Poids :

Taille :

TA :

Pouls :

Auscultation Cardio-Vasculaire :

Auscultation Pulmonaire :

- Antécédents :

Familiaux :

Personnels (médecine et chirurgie) :

Psychiatriques :

- Consultation (suivi) ambulatoire :
- Hospitalisation :
- Antécédents de TS :

N° 813-00

Figure 2: Fiche d'accueil recto complétée par le médecin - Source CH Douai

<p>L'USMP est une unité rattachée au service des urgences du Centre Hospitalier de Douai.</p> <p>En tant que personnel hospitalier, nous sommes garants de la qualité des soins prodigués et sommes tenus au secret professionnel.</p> <p>PRESENTATION DE L'EQUIPE :</p> <p>Notre équipe comprend 2 dispositifs :</p> <p><u>Soins somatiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Un médecin généraliste (chef de service) le matin • Des médecins urgentistes de façon ponctuelle 2 après-midis par semaine • Des dentistes (4 demi-journées par semaine) • 6 infirmiers • Des infirmiers spécialisés en alcoologie (les jeudis) • 1 opticien (une fois par mois) • 1 éducatrice spécialisée (demi-journées) • 1 sophrologue (demi-journées) <p><u>Soins psychiatriques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 psychiatres (3 demi-journées par semaine) • 4 psychologues () • 3 infirmiers 	<p><u>Et un CATTTP (Centre Accueil Thérapeutique à Temps Partiel)</u></p> <p>Notre équipe est complétée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un cadre • Un pharmacien • Un préparateur en pharmacie • Un manipulateur en radiologie le mercredi et vendredi matin • Un agent administratif • Un agent du bio nettoyage <p>MODALITES D'ACCES :</p> <p>Dès que possible, une visite médicale et une évaluation psychiatrique, vous seront proposées.</p> <p>Pendant la durée de votre incarcération, toute demande se fera uniquement par écrit</p> <p>(N° écrou, nom, prénom, cellule, motif précis de la demande et un seul écrit par demande)</p> <p><u>Attention, le ramassage du courrier est effectué le matin avant 08h30 du lundi au vendredi. Au-delà, votre courrier sera traité le lendemain.</u></p> <p>TRAITEMENT :</p> <p>Les modalités de délivrance peuvent être multiples :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Journalier (tous les matins en cellule) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ponctuel (devant le personnel soignant) • A la semaine (à vous de gérer la prise) • Occasionnel (pour une durée limitée) <p>Vous restez acteur de votre prise en charge et à vous de nous solliciter pour tout renouvellement de vos traitements.</p> <p>Attention au traitement non pris, à rendre à l'USMP car risque de poursuite pour stockage.</p> <p>EXAMENS ET INTERVENTIONS CHIRURGICALES :</p> <p>La plupart des examens (non réalisés sur place) se font au centre hospitalier de Douai (radiographie, échographie, consultations spécialisées...), de même pour les interventions chirurgicales nécessitant une hospitalisation de moins de 24 heures.</p> <p>Pour les hospitalisations plus longues, celles-ci se feront à l'UHSI (Lille).</p>
---	---	---

Figure 4: Document remis au patient expliquant l'organisation de l'USMP - Source CH Douai

1.5.2 Consultation à la demande de la personne détenue

Les demandes de consultations à l'USMP se font par écrit, sous pli fermé, déposée dans une boîte aux lettres réservée aux détenus, accessible pendant leurs déplacements en détention. En cas d'urgence, la demande est directement transmise au surveillant.

La clé de cette boîte est détenue exclusivement par le personnel médical.

Les demandes peuvent également être transmises oralement par le personnel pénitentiaire, à la demande des détenus, ou par les personnels de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) pour les mineurs.

Le secrétariat de l'USMP gère la réception des demandes en collaboration avec le personnel soignant. Il planifie les rendez-vous en fonction de la disponibilité des détenus et communique, avec anticipation, la liste des détenus attendus à l'USMP au personnel de surveillance. Ces listes ne révèlent pas le motif de la consultation pour protéger la confidentialité médicale (4).

**UNITAIRE SANITAIRE
MAISON D'ARRÊT DE DOUAI
DEMANDE DE SOINS**

NOM et **PRENOM** (name, apellido, nume, لُقْب) :

DATE (date, fecha, data, تاريخ) :

CELLULE (Cell, celda, celula, زنزانة) :

ECROU (number) :

Je souhaite avoir une consultation avec (I wish to have a consultation with,
Deseo tener una consulta con, As dori sa am o consultatien, مع التشلور أتمنى) :



Docteur (Doctor, medico, طبيب)



Dentiste (Dental surgeon, dentista, dentist, طبيب أسنان)



Ophthalmologue (Ophthalmologist, oftalmologo,
oftalmolog, طبيب عيون)



Psychiatre (Psychiatrist, psiquiatra, psihiatru, طبيب نفسي)



Psychologue (Psychologist, psicologo, psiholog, أخصائي نفسي)



Infirmier psychiatrique (Nurse, enfermero, ممرضة)

Addiction (Addiction, adiccion, dependenta, إدمان)



. Alcoologue (Alcool, alcohol, شراب)

. CSAPA (Droque, drug, narcoticos, drog, مخدر)



. Sophrologie (sophrology, sofrologia, السفسرولوجي)

Pourquoi ? Why ? Por qué ? De ce ? لماذا

809.84

Figure 5: Document réserver au patient pour une demande de soin – Source CH Douai

1.5.3 Consultation de sortie

Dans le mois précédant la libération du détenu, une visite médicale lui est proposée (6).

La consultation médicale de sortie est une étape essentielle, au même titre que la consultation médicale d'entrée.

Elle est assurée par le médecin généraliste de l'unité sanitaire et peut être complétée, si nécessaire, par une consultation spécialisée comme la psychiatrie, l'addictologie, l'odontologie.

Cette consultation de sortie a plusieurs objectifs : elle permet aux personnes sous suivi médical de maintenir leurs soins de manière optimale. Et offre aux personnes qui ne sont pas suivies régulièrement par les services de santé, des orientations et des conseils en cas de besoin.

Si nécessaire, les éléments essentiels pour la continuité des soins à la sortie, tels que les ordonnances, les comptes rendus d'examens, les courriers médicaux, les carnets de vaccination sont remis au patient (4).

1.6 L'organisation des consultations sanitaires en dehors de l'USMP

L'établissement de santé de rattachement assure l'accès, aux personnes détenues, aux soins (consultations ou examens) qui ne peuvent être réalisés au sein de l'USMP (7).

Les modalités de mise en œuvre de cette procédure sont précisées dans un accord conclu entre les établissements de santé et pénitentiaire. Il incombe à l'établissement pénitentiaire d'organiser l'extraction de la personne détenue conformément aux dispositions légales en vigueur. Pour tous les rendez-vous médicaux qui nécessitent une sortie de l'USMP, un consentement éclairé de la personne détenue est requis, de la même manière que pour tout examen médical. Le secrétariat de l'USMP coordonne la programmation des examens médicaux externes en collaboration avec l'administration pénitentiaire (4).

1.7 Consultation spécifique dentaire à la maison d'arrêt de Cuincy

A la suite de la demande de soin du patient, une infirmière de l'USMP programme un rendez-vous. Le praticien reçoit le patient pour répondre à sa demande. A la fin de la consultation, le chirurgien-dentiste remplit la fiche dentaire qui fait partie du dossier médical du patient. En y précisant la date, ses observations, l'acte et sa codification.

Centre Hospitalier de DOUAI

RADIOS

USMP

FICHE DENTAIRE

ETIQUETTE PATIENT

SCHEMA DENTAIRE

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Antécédents Médicaux :

Traitement :

FICHE DE SOINS

Date	Dent	Acte	Coef.	Observation

N° 814-02

Figure 6: Fiche dentaire à compléter par le chirurgien-dentiste - Source CH Douai

2. Population carcérale

En France, le milieu carcéral est sous documenté. Les premières enquêtes ont été menées clandestinement en 1970 sous l'égide du Groupe d'Information sur les Prisons par entre autres Michel Foucault qui l'a amené à déclarer « peu d'informations se publient sur les prisons : c'est une région cachée de notre système social, une des cases noires de notre vie ».

Depuis, le milieu pénitentiaire a été investi par de nouvelles enquêtes mais reste encore mal documenté².

2.1 Spécificités de la population carcérale

La population présente dans les établissements pénitentiaires se caractérise par un profil démographique et social très différent de celui de la population générale. Les dernières enquêtes ont révélé une population masculine, jeune, peu éduquée et socialement défavorisée (1). La proportion d'homme représente 96,4% des détenus, la moitié a moins de 33 ans et plus de 20% a moins de 25 ans³.

La population carcérale est constituée de personnes vulnérables, souvent issues d'un milieu précaire et en marge du système de santé, cela se traduit par des taux de maladies infectieuses plus élevés que la moyenne nationale.

Les individus qui entrent en centre de détention sont généralement plus démunis, en moins bonne santé, et font face à des difficultés sociales plus importantes que la population générale (8). L'incarcération étant souvent le résultat d'un long processus de désaffiliation par lequel les personnes s'éloignent des systèmes sociaux. Elle accentue leur précarité sociale et économique. Certains détenus rentrent en détention sans minima sociaux.

Au 1er janvier 2021, environ 13 500 détenus, soit 21,5% de la population carcérale, vivaient avec moins de 50 euros par mois contre 14,5% en 2014⁴.

² Mahi L Des patients détenus. Se soigner dans un environnement contraignant [Internet]. [cité 16 août 2024] Disponible sur: <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/1607>

³ Observatoire international des prisons. Qui sont les personnes incarcérées [Internet]. [cité 30 juillet 2024] Disponible sur: <https://oip.org/en-bref/qui-sont-les-personnes-incarcerees/>

⁴ Observatoire international des prisons. Précarité [Internet]. [cité 21 août 2024] Disponible sur: <https://oip.org/decrypter/thematiques/precarite/>

2.2 Population précaire

2.2.1 Protection sociale

Malgré la mise en place de dispositifs comme la couverture maladie universelle (CMU) de base en 2000, qui a été remplacée aujourd'hui par la complémentaire santé solidaire (CSS), et de l'Aide médicale d'État (AME). Il y a 13,6 % de personnes qui déclarent ne pas avoir de protection sociale à leur arrivée en centre pénitentiaire. Cette proportion paraît élevée étant donné l'existence de ces dispositifs destinés à améliorer l'accès aux soins des personnes les plus défavorisées (9). Elle est nettement plus élevée que celle observée dans l'ensemble de la population.

Les premiers résultats de l'enquête santé 2002-2003 montrent que la part des personnes sans protection sociale s'élève à 0,5%.

Près de six entrants sur dix déclarent avoir eu recours au système de soins au moins une fois dans l'année précédant l'incarcération.

Pour les personnes sans protection sociale seulement quatre entrants sur dix déclarent au moins un contact dans l'année précédente (13).

Un rapport de l'inspection générale des affaires sociales de 2017 montre que 60% des détenus n'avaient pas de mutuelle au moment de leur incarcération. De plus, de nombreuses personnes incarcérées étaient sans emploi, sans logement stable, ou sans ressources suffisantes avant leur entrée en centre de détention, ce qui complique leur accès à la protection sociale⁵.

2.3 Consommation de substances psychoactives et toxicomanie

Selon une étude menée en 2006 dans les centres de détentions de Lyon, 1 463 détenus ont répondu à un questionnaire sur leur consommation de psychotropes.

⁵ Morelle A, Pelosse H, Boudet L, Delbos V, Del Volgo B, Gourdet H Rapport sur l'évaluation des politiques interministérielles d'insertion des personnes confiées à l'administration pénitentiaire par l'autorité judiciaire [Internet]. 2017 [cité 21 août 2024]. Disponible sur: <https://www.igas.gouv.fr/Rapport-sur-l-evaluation-des-politiques-interministerielles-d-insertion-des>

La consommation de substance psychoactive a été affirmé par 93% des participants.

Le tabac est le produit le plus couramment consommé en détention, avec une utilisation signalée par 83% des détenus, suivi de près par l'alcool (50%), le cannabis (38%), les médicaments psychotropes (14%), et d'autres drogues (16%).

Le tabac est également le produit le plus fréquemment associé à un usage régulier, avec 65% des cas, tandis que l'alcool est principalement cité pour un usage occasionnel (34%).

En ce qui concerne la dépendance, le cannabis est la substance la plus fréquemment mentionnée (4%), et l'usage problématique de l'alcool (5%), qui est plus fréquent que pour les autres substances.

Les usages occasionnels de psychotropes et d'autres drogues sont relativement communs (11% et 12% respectivement), mais leur utilisation à risque est nettement moins fréquente (2% et 4%) (11).

2.3.1 Alcool

Un peu plus de 30% des détenus déclarent une consommation excessive d'alcool, un taux plus élevé que celui de la population générale (19 % chez les hommes métropolitains de 18 à 54 ans selon l'Enquête Santé et Protection Social (ESPS) de 2006. Cette consommation excessive est plus courante entre 18 et 59 ans, tout comme dans le reste de la population.

Avant 25 ans, la consommation est majoritairement discontinuée, mais elle devient plus régulière avec l'âge, bien que la consommation discontinuée persiste dans environ 40 % des cas.

Par ailleurs, la prise en charge de l'alcoolisme est fréquente : 6 % des entrants en détention ont été orientés vers une consultation spécialisée en alcoologie (9).

A la maison d'arrêt de Quincy, le patient peut solliciter l'addictologue de l'USMP. Celui-ci suivra le patient tout au long de sa présence au sein de l'établissement. Il sera aidé par ce document qui fait partie du dossier médical du patient.



Centre
Hospitalier
de DOUAI

USMP

COMPTE RENDU DE VISITE MEDICALE ALCOOLOGIE

Nom :
Date de naissance :

Prénom :
N° Ecou :

DATE	OBSERVATION MEDICALE	SIGNATURE
------	----------------------	-----------

N° 822-52

Figure 7: Document du dossier médical complété par l'addictologue - Source CH Douai

2.3.2 Tabac

En 2013, près de 80 % des personnes entrant en centre de détention déclarent fumer quotidiennement, et environ 14 % consomment plus de vingt cigarettes par jour(12). Le taux de tabagisme quotidien est nettement plus élevé chez les nouveaux détenus par rapport à la population générale, et cela quel que soit leur âge. Environ 80% fument tous les jours chez les 25-39 ans, contre 70% pour les 40 à 59 ans et 40% à partir de 60 ans. La plus forte proportion de gros fumeurs (ceux qui fument au moins 21 cigarettes par jour) se trouve chez les 25-39 ans(9). La consommation de tabac est de 30,4 % dans la population générale en 2019 (13).

2.3.3 Drogues

La proportion des nouveaux détenus déclarant une consommation prolongée et régulière de drogues illicites au cours de l'année précédant leur incarcération représente 33%. Il s'agit le plus souvent de cannabis, 30% d'entre eux déclarent avoir consommé régulièrement ce produit dans les douze mois précédant leur incarcération.

A l'exception du cannabis, l'usage déclaré de drogues illicites demeure marginal.

Ces dernières années, on observe une augmentation de la consommation régulière de cannabis et une diminution de consommation d'opiacés, de cocaïne et de l'usage de drogue par voie intra-veineuse.

Un peu moins de 10% des personnes nouvellement incarcérées déclarent bénéficier d'un traitement de substitution, dans 80% des cas, par l'utilisation de subutex (11).

2.3.4 Psychotropes

A l'arrivée en centre de détention, près de 15% d'entrant dit avoir un traitement en cours par médicament dont principalement par anxiolytiques ou hypnotiques. Cette proportion est nettement supérieure à celle observée pour la population générale, mais à tout de même tendance à diminuer ces dernières années.

En revanche, quasiment 15% des nouveaux détenus sont traités par médicaments neuroleptiques ou antidépresseurs (11).

2.3.5 Tableau récapitulatif

	1997	2003
Proportion d'entrants déclarant fumer, habituellement, par jour		
De 1 à 5 cigarettes	6,4	7,4
De 6 à 20 cigarettes	53,4	55,4
Plus de 20 cigarettes	18,5	15,0
Non fumeur ou fumeur occasionnel ou ancien fumeur	21,7	22,2
Total	100,0	100,0
Proportion d'entrants déclarant une consommation excessive d'alcool		
Au moins 5 verres par jour pour les hommes et 3 verres par jour pour les femmes (1) et/ou au moins 5 verres consécutifs au moins une fois par mois	33,3	30,9
Proportion d'entrants déclarant une utilisation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des 12 mois précédant l'incarcération		
Total (2) (3)	32,0	33,3
dont : Cannabis	25,6	29,8
Héroïne, morphine ou opium	14,4	6,5
Cocaïne ou crack	8,9	7,7
Médicaments utilisés de façon toxicomaniaque	9,1	5,4
Autre produit (L.S.D., ecstasy, colles, solvants...)	3,4	4,0
Polytoxicomanie (4)	14,6	10,5
Proportion d'entrants déclarant une utilisation de drogue illicite par voie intra-veineuse		
Au moins 1 fois	11,8	6,5
Au cours des 12 mois précédant l'incarcération	6,2	2,6
Proportion d'entrants déclarant un traitement de substitution en cours par		
Méthadone	0,6	1,5
Subutex	6,3	6,0
Proportion d'entrants déclarant un traitement en cours par médicaments psychotropes		
Total (2)	17,1	14,8
dont : Neuroleptiques	3,5	4,5
Antidépresseurs	4,0	5,1
Anxiolytiques ou hypnotiques	15,2	12,0
(1) >= 5 verres par jour quel que soit le sexe en 1997.		
(2) Le total est inférieur à la somme des lignes, un même entrant pouvant consommer plusieurs produits.		
(3) Utilisation d'au moins une substance.		
(4) Utilisation d'au moins deux substances.		
Champ : France entière.		
Source : Enquête « Fiche santé entrant de l'état de liberté », Drees		

Figure 8 : entrants en centre de détention, consommations de substances psychoactives et traitements de substitution (en %) (9).

2.4 Troubles psychiatriques

Une proportion de 66% d'hommes et 75% de femmes détenus sortant de détention présentent, à la sortie, un trouble psychiatrique ou un trouble lié à une substance comme l'addiction. Quelques chiffres résument la situation en milieu carcéral (14) :

- 50% est concernée par un trouble lié à une substance
- 33% des hommes, et 50% des femmes, sont concernés par des troubles thymiques (incluant la dépression)

- 33% des hommes, et 50% des femmes sont concernés par des troubles anxieux
- La répartition des hommes et des femmes concernés par un syndrome psychotique est de 10% et de 16%
- Il y a 25% des hommes et 50% des femmes qui sont sujets aux insomnies

Le risque suicidaire est estimé à 27,8 % pour les hommes et 59,5 % pour les femmes, avec un risque élevé estimé respectivement de 8,2 et 19,1%⁶ (8,14,15).

TROUBLES PSYCHIATRIQUES PRÉDOMINANTS	
Comparaison entre patients incarcérés et population générale	
- Troubles psychotiques :	17,3 % vs 2 % en population générale,
- Troubles dépressifs :	54 % vs 2 à 3 %,
- Troubles bipolaires :	4,7 % vs 2 %,
- Troubles anxieux :	40 % vs 5 à 12 %,
- Névrose traumatique :	20 % vs 1 % en PG),
- Dépendance aux substances :	70 % (dont 33 % d'alcoolisme et 37 % d'addictions diverses).

Figure 9 : comparaison des patients incarcérés et population générale (8).

Plusieurs causes peuvent expliquer la vulnérabilité de la population carcérale :

- La surpopulation qui est constante
- L'augmentation de la fréquence et de la durée des détentions
- Des séjours plus fréquents et plus longs en quartier disciplinaire
- La violence inter détenus et/ou envers les surveillants
- L'isolement et la stigmatisation par les autres détenus
- Le manque d'accès à l'emploi, entraînant la perte de compétences et de capacités dans un environnement hostile (18).

⁶ Eck M, Da Costa J, Wathélet M, Beunas C, d'Ovidio K, Moncany AH, et al. Prévalence des troubles psychiatriques en population carcérale française : une revue systématique de la littérature. L'Encéphale [Internet]. 2024 [cité 5 mars 2024]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700624000186>

2.5 Pathologies

2.5.1 Pathologies générales

Il existe peu de données épidémiologiques qui font l'état de santé des personnes incarcérées en France.

En 2003, 6% des personnes entrant en prison déclaraient souffrir de problèmes de santé nécessitant une prise en charge médico-sociale. De nombreux détenus rapportaient être sous traitement, indiquant la présence de maladies chroniques ou de limitations fonctionnelles.

Cela montre la prévalence élevée de problèmes de santé persistants parmi les personnes incarcérées, nécessitant souvent une attention médicale régulière et un suivi continu⁷.

Une seconde enquête menée en 2013, dans 3 établissements pénitentiaires différents, en Aquitaine, en Provence-Alpes-Côte-D'azur et dans Limousin, a observé que les personnes détenues ayant un problème de santé somatique et chronique étaient essentiellement des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le virus de l'hépatite B (VHB), le virus de l'hépatite C (VHC), une addiction aux opiacés, une forme de cancer, un diabète, ou encore une maladie cardio-vasculaire⁸.

L'enquête la plus récente menée par ESPS en 2005 a révélé des disparités entre la population carcérale et la population générale pour la consommation de médicaments pour des maladies chroniques.

En prenant pour l'exemple de l'asthme, des maladies cardiovasculaires et de l'épilepsie. La consommation médicamenteuse pour les détenus est de 4,4% de broncho-dilatateurs, 2,3% pour l'hypertension, l'angine de poitrine ou d'anticoagulants puis 2% d'anti-comitiaux.

Contre 1,7% d'antiasthmatique, 0,9% d'antiépileptique et 5,6% pour le traitement des maladies cardiovasculaires dans la population générale. Une proportion

⁷ Adsp n° 104 - Santé des personnes sous-main de justice [Internet]. [cité 23 août 2024]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=161>

⁸ Mahi L. Des patients détenus. Se soigner dans un environnement contraignant. *Anthropologie & Santé Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé* [Internet] 2015 [cité 16 août 2024];(10). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/1607>

supérieure pour les maladies cardiovasculaires certainement dû à une moyenne d'âge supérieur de la population générale (9).

2.5.2 VIH

Une enquête française de 2010, appelée Prévacar, révèle que le taux de prévalence du VIH de la population générale est cinq à six fois inférieur à celui de la population carcérale (2%) (16).

Près de 40 % des personnes entrées en centre de détention en 2003 déclarent avoir fait un test de dépistage du Sida avant l'incarcération et 1,1 % être séropositives(9). Parmi elles, un peu plus de 44 % ont un traitement en cours par trithérapies ou autres antirétroviraux.

Un dépistage du VIH, de l'hépatite B et C est mis en place à l'arrivée des détenus.

2.5.3 Hépatite B et C

Un entrant en détention sur cinq déclare avoir fait un test de dépistage de l'hépatite B avant son incarcération et le taux de séropositivité déclaré pour cette maladie s'élève à 0,8 % (9).

Trois détenus sur dix déclarent avoir fait un test de dépistage de l'hépatite C et 3,1 % être séropositifs pour cette maladie, très peu de ces derniers (1,5 %) déclarant un traitement en cours par médicament antiviral. Cela est cinq à six fois supérieurs à ceux de la population générale (16,17).

2.6 Handicap

L'analyse des résultats de l'enquête HID-prisons met en évidence qu'à structure par âge et par sexe comparable, la proportion de personnes souffrant d'au moins une incapacité est environ trois fois plus élevée en milieu carcéral avec une fréquence beaucoup plus élevée de problèmes de comportement et d'orientation dans le temps et l'espace (39,4 % versus 13,2 %).

Il s'agit d'incapacités le plus souvent antérieures à l'incarcération et liées à un cumul des facteurs de risque ainsi qu'un moindre recours au système de santé. Les entrants en centre de détention déclarent dans 2,4 % des cas bénéficier de l'allocation pour adulte handicapé et dans 3,3 % être en invalidité ou en longue maladie (18,19).

2.7 Violences

Les actes d'agression interpersonnelle en milieu carcéral demeurent un domaine peu exploré au niveau national. Les études disponibles se basent souvent sur des échantillons restreints, provenant généralement d'un seul établissement pénitentiaire. La sous-déclaration des incidents violents en prison est courante, en raison de la crainte de représailles et du respect implicite d'un "code de conduite" tacitement accepté par les détenus.

Par conséquent, les statistiques réelles concernant les comportements agressifs entre individus en détention demeurent largement sous-estimées.

Souvent, les actes de violence en prison surviennent de manière imprévisible et doivent être compris dans le contexte des conditions de détention : surpopulation, confinement dans des cellules étroites, manque d'intimité, dépendance excessive au personnel pénitentiaire pour les activités quotidiennes et manque d'activités.

Il y a deux types de violence physique en centre de détention, celles entre détenus et celles contre les surveillants.

En France, en 2016, il y a eu 4 077 agressions physiques contre le personnel pénitentiaire et 8 161 agressions entre détenus(20). Les incidents entre détenus sont probablement plus nombreux, mais ils se déroulent souvent dans des zones non surveillées, telles que les douches, et peuvent être sous-déclarés par les surveillants, qui peuvent tolérer ces comportements dans une certaine mesure. Ces agressions sont de différentes formes, des coups et blessures, des rixes, des rackets mais sont mal documentées (20).

3. Première consultation odontologique spécifique au milieu carcéral

3.1 Anamnèse

3.1.1 Anamnèse médicale

L'anamnèse médicale permet de diminuer les risques médicaux lors des traitements.

Il est essentiel de donner au patient un questionnaire médical, permettant une évaluation détaillée dans le but de déterminer le risque thérapeutique sans ambiguïté.

Elle doit permettre d'évaluer les risques allergiques, infectieux ou hémorragiques ainsi que les risques de complications possibles liées au stress, aux pathologies existantes actuelles ou anciennes et aux interactions médicamenteuses.

Il est important d'y faire figurer les habitudes nocives telles que le tabac, l'usage de drogue et d'alcool qui en y précisant les habitudes de consommation, tel que la consommation quotidienne et le nombre d'année de consommation car cela affecte la santé orale et/ou générale du patient.

Le questionnaire médical doit être daté et signé par le patient (21).

3.1.2 Anamnèse odontologique

Elle relate les antécédents dentaires du patient (date du dernier contrôle dentaire, santé bucco-dentaire, symptôme). Un bon historique médical rend aussi compte des habitudes d'hygiène bucco-dentaire (21).

Selon une enquête de l'INSEE, 45% des personnes en situation de précarité consultent un chirurgien-dentiste dans l'année contre 60% des personnes de la population générale (22).

L'hygiène bucco-dentaire présente d'importantes inégalités sociales dès le plus jeune âge. Selon une étude, en France, de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) réalisée en 2013, 24% des enfants de parents appartenant à la catégorie socio-professionnelle ouvrière ont des dents cariées non-traitées contre 4 % pour les enfants de parents de la catégorie socio-professionnelle cadre (23).

3.2 Examen exo buccal

Cet examen fait appel à des repères anatomiques (osseux et cutanés) et permet de dépister une adénopathie, une asymétrie faciale, un trouble de l'articulation temporo mandibulaire ou une pathologie sous-jacente.

Pour mener à bien l'examen, il existe différentes techniques telles que l'inspection, la palpation, l'olfaction et l'auscultation.

3.2.1 Palpation des chaînes ganglionnaires

Un des éléments indispensables de l'examen exo buccal est la palpation des ganglions qui permet de dépister une ou plusieurs adénopathies, uni ou bilatérales. Leurs caractéristiques cliniques doivent également être précisées, leur nombre, taille, fixité ou mobilité par rapport aux plans sous-jacents, les caractéristiques de la peau sus-jacente (rougeur, chaleur) ou encore si une douleur est présente à la palpation. Cet examen s'effectue sur un patient détendu musculairement, assis et tête penchée vers l'avant (24).

Parmi les étiologies des tuméfactions :

- Bénignes : malformations congénitale, inflammatoire, infectieuse
- Malignes : hémopathies, adénopathies métastatiques d'une tumeur primitive des voies aérodigestives supérieures (VADS), de la thyroïde, des glandes salivaires ou cutanées.

La présence d'une ou de plusieurs adénopathies cervicales chroniques doit amener à rechercher une pathologie maligne (25).

Le contexte alcoolo-tabagique, retrouvé plus régulièrement dans la population carcérale, entraîne un taux de cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) plus fréquent (26).

3.2.2 Inspection des lèvres

Cet examen se poursuit par l'inspection des lèvres, ainsi que leur palpation (27).

En cas de présence de lésion, il faut la décrire pour pouvoir la diagnostiquer. On peut détailler son aspect, son bord, son contour, sa dimension, son évolution, sa forme, son induration et si il y a une présence de douleur (27,28).

3.3 Examen endo buccal

3.3.1 Examen des muqueuses buccales

L'examen consiste à une inspection et une palpation des lèvres et joues internes, des vestibules, plancher buccal et la langue. Le but est de dépister une éventuelle lésion.

Il convient de rechercher toute anomalie de pigmentation, de texture, de morphologie ou de volume.

L'examen de la cavité buccale doit comporter une inspection et une palpation au doigt de toutes les surfaces muqueuses. On recherchera tout type d'anomalie⁹.

3.3.1.1 Risque alcoolotabagique

Environ 80 % des cancers oraux sont étroitement liés à un alcoolotabagisme chronique¹⁰ (29).

Il a été en effet démontré que la consommation de boissons alcoolisées en association avec le tabagisme multiplie par quatre le risque de développer un cancer buccal par effet synergistique, devant toutes les autres localisations des VADS.

⁹ Collège national des enseignants de chirurgie maxillo-faciale et chirurgie orale. Examen de la face et de la cavité buccale. Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie [Internet]. 2021. p. 26-59. Disponible sur: <https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B9782294765827000029>

¹⁰ Isabelle S, la PDG de Fayard, remerciée. [Internet]. 9 mars 2024 [cité 9 mars 2024]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/economie/article/2024/03/09/isabelle-saporta-la-pdg-de-fayard-remerciee_6221025_3234.html

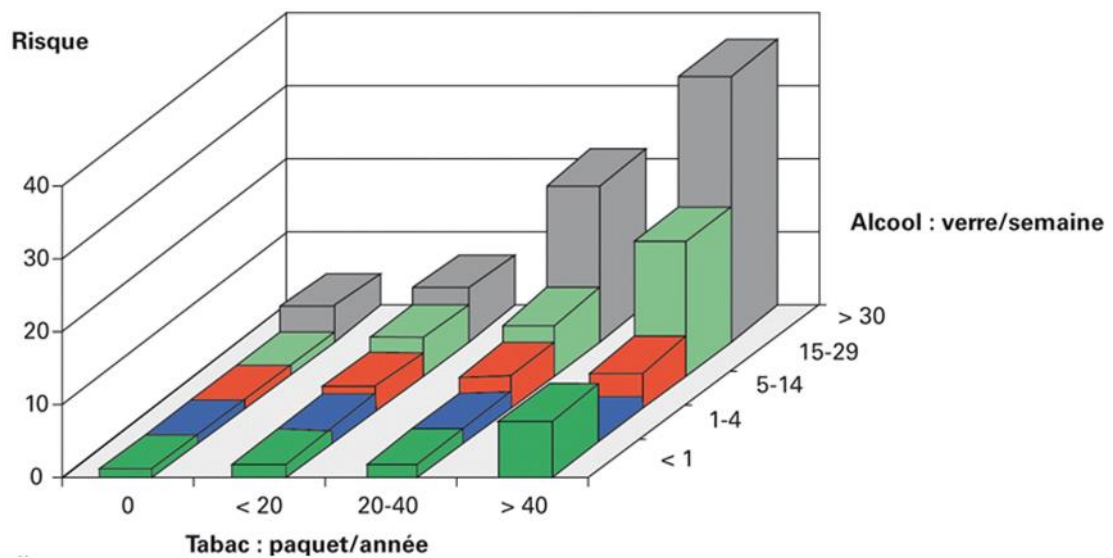


Figure 10 Risque relatif de cancers des voies aérodigestives supérieures en fonction de la consommation d'alcool et de tabac(22)

Les patients souffrant d'addiction, et surtout ceux pratiquant une poly consommation, représentent la population à risque la plus importante en matière de cancers buccaux.

Le tabagisme est de tous les facteurs, le plus important des risques. L'alcool a un effet synergique avec le tabac, les effets combinés y sont largement multipliés (30).

De nombreuses tumeurs malignes sont dû à la consommation d'alcool, notamment les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) qui regroupent les cancers de la cavité buccale (lèvre-bouche-pharynx) associés aux cancers du larynx et des sinus de la face (31,32).

En France, ils représentent 10% des cancers (33). La France reste au premier rang pour les cancers de la cavité orale et du larynx en Europe, malgré une diminution de leur incidence depuis les années 1980. En France métropolitaine, en 2018, le nombre de nouveaux cas de cancers de la cavité buccale est estimé à 4677 dont 3106 chez les hommes et 1571 chez les femmes¹¹. Ils représentent 3% de l'ensemble des tumeurs malignes et 30 % des cancers des VADS (31,32). Ces tumeurs surviennent à 90% sur un terrain alcoolo-tabagique.

¹¹Guizard A-V, Hammas K, Lecoffre C, de Brauer C, Coureau G, Trétarre B, Mounier M. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018. Cavité buccale [Internet]. [cité 2 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france-metropolitaine-1989-2018-cavite-buccale>

Le carcinome épidermoïde de la muqueuse buccale représentant 95 % des cancers de la cavité orale (32). Il peut être retrouvé sur toutes les muqueuses orales mais il se développe le plus souvent au niveau de la langue (25 %), du plancher buccal (17 %) et des gencives (13 %).

Il se décline sous plusieurs formes cliniques (ulcéreuse, végétante, ulcérovégétante et nodulaire interstitielle) (34). Peu importe la localisation topographique et la forme clinique, ces carcinomes persistent sans guérison spontanée.

3.3.1.2 Risques de la personne vivant avec le VIH :

Des lésions buccales associées au VIH ont été décrites dès les premiers cas d'infections rapportés. Elles résultent du déficit immunitaire qui favorise les infections opportunistes. Elles sont souvent présentes dès le début de la maladie et même parfois avant les signes systémiques bien que les traitements antirétroviraux aient diminué leur incidence. D'après dix études réalisées entre 2008 et 2013, la prévalence des lésions buccales varie entre 29,9% et 80,6% (35,36).

Chez les patients atteints de VIH, il faut systématiquement rechercher la possible présence de :

- Infections fongiques : La candidose chronique est l'une des lésions les plus fréquemment rencontrées.
 - La présence d'une candidose œsophagienne associée est fréquente et caractérisée par une douleur rétro sternale à la déglutition (37)
- Infections virales :
 - Leucoplasie orale chevelue
 - Herpès
 - Papillomavirus
 - Cytomégalovirus¹²

¹² Figard P. Manifestations buccales du VIH : données actuelles et mesures de prévalence dans le service des maladies infectieuses du CHU de Rouen [Internet]. 2014 [cité 11 mars 2024] Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733866>

- Lésions tumorales :
 - o Maladie de Kaposi : macule érythémateuse qui devient progressivement violacée, s'infiltré et s'étend¹³¹⁴
 - o Lymphomes : ulcérations et abcès résistants aux traitements¹⁵ (38)
- Apthes et aphtoses : ulcérations de forme ovale, à fond jaunâtre et entourées d'un halo érythémateux
- Ulcérations : fond fibrineux plus ou moins hémorragique ou brunâtre avec un pourtour souvent opalin (39).

3.3.2 Examen dentaire

3.3.2.1 Lésions carieuses

Les lésions carieuses résultent de la production d'acides organiques par les bactéries cariogènes induisant un processus de déminéralisation. La virulence des germes peut être exacerbée par de nombreux facteurs incluant la situation socio-économique et des facteurs comportementaux tel que l'hygiène bucco-dentaire avec dentifrice fluoré, le tabac et l'alimentation : grignotage, consommation d'aliments cariogènes¹⁶.

Le risque carieux individuel est faible ou élevé selon la présence d'un de ces critères : l'absence de brossage quotidien, ingestions sucrées régulières (aliments sucrés, boissons sucrées, alcool), prise de médicaments sucrés ou générant une hyposialie, présence de plaque visible à l'œil nu, présence de caries¹⁷.

¹³ Kaiser L, Hirschel B. Le sida : guide du praticien: diagnostic, traitement, prise en charge - médecine Et Hygiène [Internet] 1998 [cité 12 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.librairiepassages.fr/livre/9782880491215-le-sida-guide-du-praticien-diagnostic-traitement-prise-en-charge-bernard-hirschel-laurent-kaiser/>

¹⁴ Figard P. Manifestations buccales du VIH : données actuelles et mesures de prévalence dans le service des maladies infectieuses du CHU de Rouen [Internet] 2014 [cité 11 mars 2024] Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733866>

¹⁵ Kuffer R, Husson-Hui C. La muqueuse buccale : de la clinique au traitement [Internet] 2009 [cité 12 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.livres-medicaux.com/medecine-buccale/3600-la-muqueuse-buccale-de-la-clinique-au-traitement.html>

¹⁶ Collège national des enseignants de chirurgie maxillo-faciale et chirurgie orale. Développement bucco-dentaire et anomalies. Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie [Internet]. 2021. p. 60-78. Disponible sur: <https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B9782294765827000030>

¹⁷ Haute Autorité de Santé. Appréciation du risque carieux et indications du scellement prophylactique des sillons des premières et deuxième molaires permanentes chez les sujets de moins de 18 ans. [Internet] [cité 13 mars 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_272496/fr/appreciation-du-risque-carieux-et-indications-du-scellement-prophylactique-des-sillons-des-premieres-et-deuxiemes-molaires-permanentes-chez-les-sujets-de-moins-de-18-ans

- L'alcool :

Selon une étude de 2021, 38 % des personnes incarcérées depuis moins de six mois souffrent d'une addiction aux substances illicites et 30% à l'alcool. Une addiction à l'alcool qui aura été contracté antérieurement à l'incarcération¹⁸. Une seconde étude montre que 30,9% des entrants ont une consommation d'alcool excessive. L'alcool est cependant interdit en milieu carcéral¹⁹.

L'alcool entraîne une hyposialie qui engendre une sialadénite, à l'origine de la croissance des bactéries cariogènes (40). L'association de saccharose et d'alcool a tendance à augmenter la colonisation par *Streptococcus mutans*, l'incidence des caries sur les faces occlusales des molaires et les surfaces lisses des autres dents (32). En cas de consommation quotidienne et régulière, le pH buccal est sans cesse abaissé, associé à l'hyposialie, ont un impact direct sur la formation de carie. Il existe une association positive entre consommation d'alcool et une plus grande incidence de caries et de pertes dentaires (41).

- Hépatite C :

Le nombre de dents cariées est supérieur chez les patients touchés par le virus de l'hépatite C notamment car le flux salivaire est réduit chez 50% des patients atteints d'hépatite C (42).

- Précarité :

Les affections bucco-dentaires sont une cause de morbidité liée à l'accès aux soins et aux facteurs socio-économiques. (43).

Le contexte socio-culturel déterminant la perception que l'individu a de la santé bucco-dentaire et par conséquent sa demande de santé, participe aux inégalités de santé (44).

Les facteurs associés au degré d'atteinte carieuse tels la consommation régulière de produits sucrés ou le niveau d'éducation sont concordants avec les mécanismes étiopathogéniques de la maladie carieuse et les déterminants discutés précédemment (45).

¹⁸ Observatoire International des Prisons. Qui sont les personnes incarcérées? [cité 30 juill 2024]. Disponible sur : <https://oip.org/en-bref/qui-sont-les-personnes-incarcerees/>

¹⁹ Observatoire international des prisons . Rapport sur les conditions de détention en France [Internet]. [cité 16 août 2024]. Disponible sur: https://boutique.oip.org/shop_719-40194-5245-814/rapport-sur-les-conditions-de-detention-en-france.html

La lésion d'usure désigne les différents mécanismes physico-chimiques responsables de la perte de substance dentaire. Ces différents mécanismes interagissent et sont souvent synergiques. Il existe différents types de lésions d'usures dont les étiologies diffèrent. Le diagnostic de ces lésions permet de proposer une thérapeutique ciblée.

- Usure physiologique :

Elle concorde avec l'âge du patient, suite à l'effet du bol alimentaire sur les dents et des contacts dento-dentaires répétés.

- Abrasion :

Un processus d'usure mécanique à 3 corps impliquant des substances, un brossage traumatique avec un matériel inadapté, un dentifrice contenant des particules abrasives ou des para fonctions comme le bruxisme et/ou l'onychophagie.



Figure 11: Abrasion dentaire(46)

- Erosion :

Une usure d'origine chimique qui se caractérise par la dissolution des tissus dentaires durs. Son étiologie peut être extrinsèque, toxicomanie, alimentation acide ou sucrée, prise de médicaments ou intrinsèque comme le reflux gastro-œsophagien, la boulimie ou l'anorexie.

- Alcool et érosion :

L'excès de consommation d'alcool peut provoquer une érosion dentaire qui se caractérise par une perte plus ou moins importante des tissus durs de la dent. Elle peut s'expliquer par les régurgitations et les affections gastriques qui font

suite à l'absorption d'une quantité importante, chronique, d'alcool qui présente un pH acide d'environ 3. Il existe donc une diminution du pH salivaire chez les personnes consommatrices d'alcool de manière chronique (47). Les faces palatines des dents antérieures suivies respectivement des bords incisifs et des faces occlusales des dents postérieures seraient les plus affectés par ces lésions érosives qui ont une morphologie spécifique (aspect en cuvette, à fond régulier et bord nets) (32,48). D'où la nécessité d'être plus attentif à ces secteurs dentaires lors des examens.



Figure 12: Lésions d'érosion(46)

- Psychotropes et bruxisme :

Le bruxisme est caractérisé par le contact dento-dentaire répété et soutenu. Il peut avoir lieu au cours du sommeil ou à l'état d'éveil (49). La prise de psychotropes constitue un facteur important dans l'induction ou l'exacerbation du bruxisme. Lors de la prise en charge, il faut bien prendre en compte leurs effets sur le bruxisme.

- Stress et bruxisme :

Les facteurs psychosociaux pourraient être impliqués dans l'étiopathogénie du bruxisme, le stress semble être l'étiologie la plus plausible (50).

Le stress se caractérise comme la réponse physiologique d'un individu aux stimuli environnementaux. L'état de stress se traduit par un état anxieux générant, entre autres, des hyperactivités musculaires normalement dédiées à une attitude de défense ou de fuite. De nombreuses études établissent un lien de cause à effet entre intensité du stress, anxiété et serrement dentaire (51).

Le milieu carcéral peut conduire à des violences qui induisent des traumatismes dentaires. Il convient de réaliser une observation clinique complète en traumatologie bucco-dentaire.

Dans plus de 90% des cas, un traumatisme oral implique une ou plusieurs dents (52,53).

Par ailleurs, de nombreux traumatismes crâniofaciaux incluent des dommages dentaires, dans 15 à 50 % des cas selon les études (54,55). Cela témoigne d'une fréquence importante de traumatismes dentaires et de la nécessité de maîtriser leur traitement.

L'incidence et la prévalence de ces atteintes sont certainement sous-estimées, tout traumatisme bucco-dentaire n'entraîne pas une consultation systématique et toutes les lésions ne sont pas diagnostiquées (56).

Il convient de relever la présence de soins dentaires (composites, amalgame) ainsi que la présence de prothèses fixes ou amovibles.

3.3.3 Examen parodontal

La maladie parodontale est observée sous deux formes classiques (57):

- La gingivite :

Une inflammation localisée, limitée à la gencive libre et n'entraînant pas de destruction des tissus de support sous-jacents. Elle est associée à un changement quantitatif de la flore bactérienne locale et est considérée comme réversible.

- La parodontite :

Elle désigne la destruction de l'ensemble des tissus de support de la dent incluant l'os alvéolaire, le ligament parodontal et le cément.

Le bilan parodontal pourra être fait par la suite, il comporte entre autres l'évaluation de la présence de plaque et de tartre, de la condition gingivale, de la profondeur au sondage, de la mobilité dentaire et de la présence de récessions gingivales et de furcations (58).

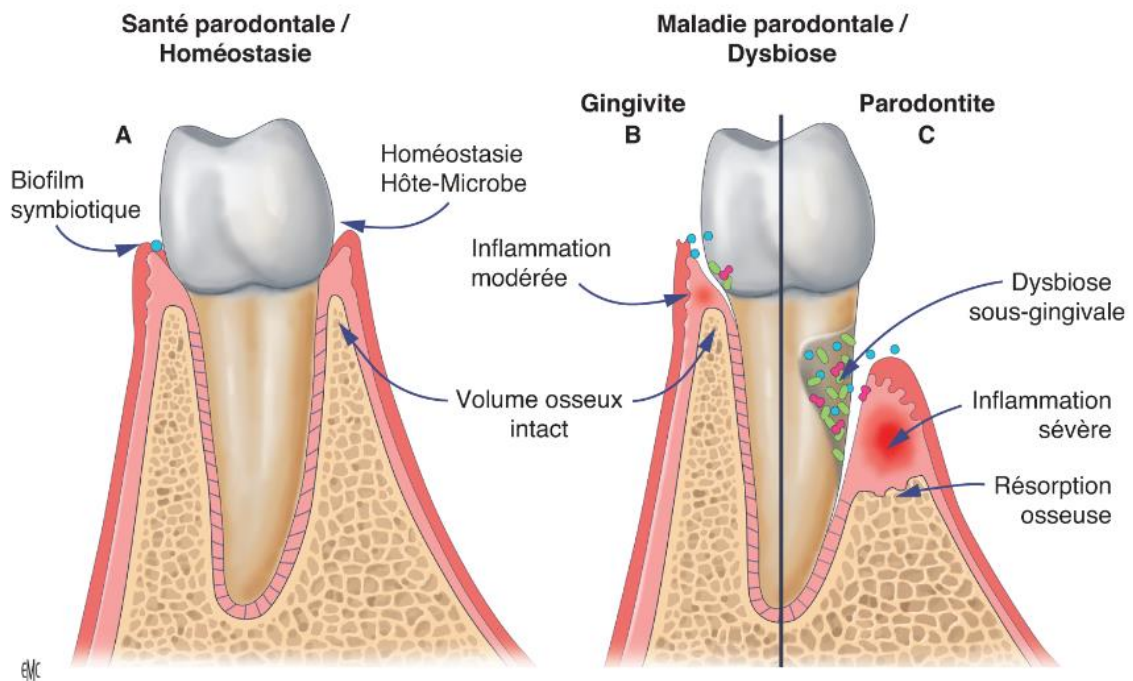


Figure 13 De la gencive saine aux maladies parodontales (59)

Plusieurs étiologies peuvent exacerber la maladie parodontale de certains détenus :

- Tabac :

La fumée de tabac altère la réponse inflammatoire et immunologique aux bactéries parodontales et provoque des effets systémiques et locaux (60). La prévalence et la sévérité de la maladie parodontale sont augmentées chez les fumeurs.

Le tabagisme est un facteur de risque de gingivite ulcéronécrotique aiguë et est associé à une augmentation de la profondeur des poches parodontales, de la perte d'attache parodontale et de la perte d'os alvéolaire.

Les conseils de sevrage tabagique doivent être une part importante de la prévention et du traitement de la maladie parodontale (60).

- Drogue :

Une étude menée au CHU de Nice a montré les effets néfastes sur le parodonte des consommateurs de drogues illicites. Les consommateurs ont un coefficient masticatoire diminué et plus de caries que les témoins, et aussi plus de gingivites qui reflètent une mauvaise hygiène bucco-dentaire (61).

Dans cette étude, les usagers d'héroïne par voie intraveineuse, 14 femmes, 38 hommes, avec un âge moyen 35 ans ont en moyenne 10 dents absentes, 10 dents cariées dont 6 à extraire et besoin de deux prothèses amovibles de 8 dents chacune. Leur fonction masticatoire et l'esthétique de leur sourire sont incompatibles avec une alimentation et une vie sociale normales (61).

- Stress :

Il fait partie des facteurs de risques de maladies parodontales. Il impacte directement et indirectement la maladie parodontale en modifiant la réponse inflammatoire et immunitaire de l'hôte mais aussi la croissance du microbiote oral (62).

Le stress psychologique affecte la santé parodontale selon deux modèles, le modèle biologique et le modèle comportemental. Le modèle biologique correspond à l'altération directe du stress sur la santé parodontale par divers mécanismes biologiques. Le modèle comportemental correspond à l'altération indirecte à travers des changements de style de vie liés aux facteurs sociaux, psychologiques, comportementaux, locaux et systémiques, telle qu'une mauvaise hygiène bucco-dentaire, une augmentation du tabagisme et de la consommation d'alcool, une diminution des contrôles chez le dentiste, des changements des habitudes alimentaires et de sommeil.

- VIH :

Une forme particulière de gingivite, la gingivite érythémateuse linéaire, a été décrite chez les patients porteurs du VIH. Elle est associée à la présence de *Candida albicans* et est présente même en l'absence de plaque dentaire.

La parodontite survient plus précocement que chez les sujets séropositifs avec une perte d'os alvéolaire, la présence de poches parodontales plus profondes, des mobilités dentaires ainsi qu'une exposition radiculaire²⁰.

3.4 Examens complémentaires

3.4.1 Tests cliniques

Différents tests cliniques peuvent être réalisés localement, en cas de présence de lésions carieuses ou de douleur exprimée par le patient. On retrouve les percussions axiales et latérales, la palpation des tables osseuses et le test de sensibilité pulpaire. Selon les résultats cliniques, positifs ou négatifs, la classification des pulpopathies de l'OMS sera utilisée pour associer la symptomatologie pulpaire à un diagnostic (63).

3.4.2 Examens radiologiques

- Radio rétro-alvéolaire :

Les radiographies rétro-alvéolaires sont essentielles pour le diagnostic dentaire, car elles fournissent des informations détaillées sur les dents et les structures osseuses environnantes. Elles permettent de détecter les maladies dentaires les plus courantes, telles que les caries, les abcès dentaires et la perte osseuse parodontale. En outre, elles révèlent l'état des restaurations dentaires, la présence de tartre, ainsi que d'autres anomalies qui pourraient nécessiter une intervention. Grâce à ces radiographies, les chirurgiens-dentistes peuvent poser des diagnostics précis et planifier des traitements adaptés pour préserver la santé bucco-dentaire des patients²¹.


- Radio panoramique :

L'intérêt de cet examen est d'obtenir en une seule image les arcades dentaires et les structures avoisinantes. C'est un examen complémentaire important dans la prise en charge globale du patient. (64).

²⁰ Figard P. Manifestations buccales du VIH : données actuelles et mesures de prévalence dans le service des maladies infectieuses du CHU de Rouen [Internet] 2014 [cité 11 mars 2024]. p. non renseigné. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733866>

²¹ Germain S. Détection des lésions dentaires sur radiographie rétro-alvéolaire par apprentissage profond : une étude pilote [Internet] 2023 [cité 23 août 2024] Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04517102>

Cependant, l'USMP de la maison d'arrêt de Cuincy n'en possède pas. Il faut préalablement remplir une fiche administrative pour prévoir un transfert du patient au centre hospitalier de Douai où il y fera cet examen radiologique.

 Centre Hospitalier de DOUAI

SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE
RADIOGRAPHIE

Date de la demande :

Service demandeur :

Etat du patient :

Valide Au fauteuil Au lit

Somnolent Confus Agité Isolement, le(s)quel(s)

Poids : Taille :

Normal Urgent Très urgent

Région anatomique

Motif de l'examen / renseignements cliniques :

.....

.....

.....

.....

sous plâtre après déplâtrage

Renseignements concernant le patient :

Y a-t-il des antécédents allergiques ? Oui Non

Si oui, préciser le type d'allergie :

Le (ou la) patient(e) est-il diabétique ? Traitée(e) par biguanides ? Oui Non

Risque de grossesse ? Oui Non

Nom lisible et signature du médecin demandeur : (merci d'indiquer le numéro de poste)

*Veillez à bien remplir votre demande. Toute demande non conforme vous sera retournée.
Pour tout renseignement complémentaire, veuillez contacter le secrétariat d'imagerie au 56 68 de 8h30 à 17h*

N°819-87

*Les impressions et copies n'assurent pas une diffusion contrôlée d'un document qualifié.
Avant d'utiliser ce document, assurez-vous d'être en possession de la dernière version, uniquement disponible dans la GED.*

Identification : CHD/RAD/OI/FE/002 - Date de création : 13/01/2011 - Date de révision : 01/02/2023 - N° de version : 2 - N° de pages : 1/1

Figure 14: Demande d'imagerie médicale - Source CH Douai

3.5 Prévention

La mise en place d'une première consultation en milieu carcéral permettrait également la transmission d'un message préventif.

Les résultats obtenus lors des différents examens cliniques aident à cibler les difficultés du patient afin de mieux y répondre, ainsi que d'anticiper d'éventuelles complications.

De plus, il semble pertinent d'y introduire les notions d'habitudes d'hygiène bucco-dentaire, d'alimentation ou encore de sevrage.

3.6 Prescription

Cette première consultation peut aussi permettre la prescription de matériel d'hygiène bucco-dentaire (dentifrices, brosses à dents, fil dentaire, brossettes interdentaires) afin d'initier ou de renforcer les habitudes d'hygiène du patient.

Si lors de cette consultation le patient présente des douleurs, comme pour un abcès apical chronique ou aigu, un traitement médicamenteux peut lui être prescrit afin de le soulager rapidement, et de lui permettre de patienter jusqu'à la réalisation des soins nécessaires.

NOM : _____ Prénom : _____ N° du dossier : _____	
NOM : Prénom : N° du dossier : Date : Prescripteur :	PRESCRIPTIONS Signature,
NOM : Prénom : N° du dossier : Date : Prescripteur :	PRESCRIPTIONS Signature,
NOM : Prénom : N° du dossier : Date : Prescripteur :	PRESCRIPTIONS Signature,
NOM : Prénom : N° du dossier : Date : Prescripteur :	PRESCRIPTIONS Signature,
NOM : Prénom : N° du dossier : Date : Prescripteur :	PRESCRIPTIONS Signature,

Figure 15: Ordonnancier à disposition lors des consultations - Source CH Douai

3.7 Tableau récapitulatif

Tableau 1 Tableau récapitulatif des facteurs de risques retrouvés dans la population carcérale et leurs incidences bucco-dentaire - source personnelle

Facteurs de risque	Incidence bucco-dentaire
Milieu précaire	Risque carieux individuel élevé
Consommation tabagique	Maladie parodontale Cancer VADS Halitose Colorations dentaires
Consommation alcoolique	Risque Carieux individuel élevé
Consommation de drogues	Usure, risque carieux individuel élevé
Consommation de psychotropes	Parodontite Risque carieux individuel élevé Bruxisme
Troubles psychiatriques	Usure (Abrasion, érosion) Bruxisme
VIH	Lésions buccales
Hépatite B et C	Risque carieux individuel élevé
Violence	Traumatismes

3.8 Intérêts de la mise en place de la première consultation

Tableau 2 : Intérêts de la mise en place de la première consultation – Source personnelle

Intérêts de la mise en place de la première consultation	
Patient	<ul style="list-style-type: none">✓ Bénéficier d'un bilan bucco-dentaire✓ Connaitre la présence d'un service d'odontologie au sein de la maison d'arrêt✓ Engager un échange avec le professionnel de santé✓ Comprendre les facteurs de risques✓ Être sensibilisé à l'hygiène bucco-dentaire et alimentaire✓ Comprendre l'impact de la santé bucco-dentaire sur sa santé générale
Chirurgien-dentiste	<ul style="list-style-type: none">✓ Instaurer une relation patient- praticien✓ Anticiper les urgences✓ Faciliter l'organisation des soins✓ Simplifier la prise en charge✓ Dépister les lésions✓ Identifier les demandes des patients✓ Faire le lien avec le médecin en cas de suspicion pathologique

4. Plaquettes informatives

4.1. Objectifs

L'objectif principal à travers ces plaquettes est d'accompagner le chirurgien-dentiste au cours de la 1^{er} consultation dentaire, spécifique au milieu carcéral. Et dans un second temps, transmettre un message préventif au patient. En effet, ces plaquettes permettent au praticien de suivre une ligne conductrice lors de la consultation. Quant au patient, cela lui permet d'être acteur de son suivi dentaire.

4.2 Circuit de distribution

4.2.1 Support de distribution

- Plaquette pour le chirurgien-dentiste imprimée au format A5 recto verso
- Plaquette de prévention pour le patient imprimée au format A5 sur une page

4.2.2 Moyen de distribution

Il serait intéressant de mettre à disposition ces deux plaquettes aux étudiants de 6^{ème} année de chirurgie dentaire en vacation à la maison d'arrêt de Cuincy.

Le premier document permettrait au praticien d'avoir une chronologie à suivre pour ne rien omettre lors de la première entrevue avec le patient.

A la fin de la consultation, le praticien peut remettre la plaquette informative au patient. Si ce n'est pas compatible avec le règlement du milieu carcéral, cela peut être affiché dans la salle de soin à un format adapté.

4.3 Modèle chirurgien-dentiste

Service d'odontologie

1^{ère} consultation d'odontologie

NOM :	Prénom :	Date de naissance :
Date de la consultation :		

ANAMNESE

<u>Anamnèse médicale :</u> Pathologie(s) générale(s) : Pathologie(s) infectieuse(s) : Traitements médicamenteux : Allergies : Consommation tabagique : Autres addictions :
<u>Anamnèse odontologique :</u> Date du dernier contrôle dentaire : Hygiène Bucco-dentaire : Satisfaisante <input type="checkbox"/> Non satisfaisante <input type="checkbox"/> Présence de symptomatologie ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

EXAMEN CLINIQUE

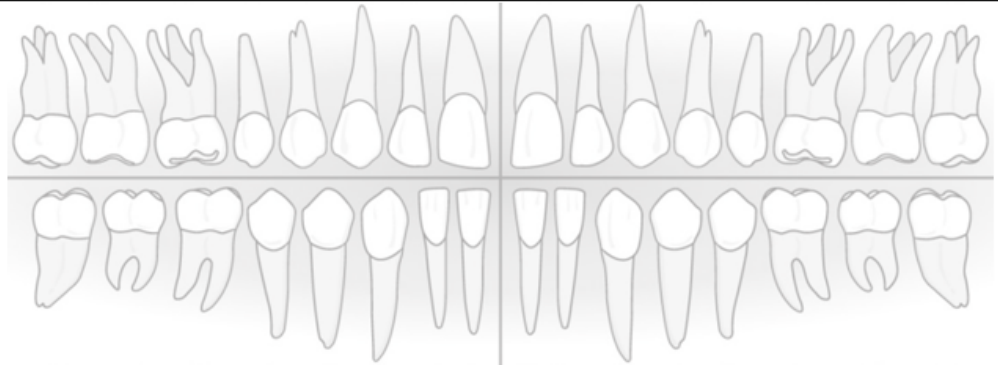
<u>Examen Exo-buccal :</u> Palpation des chaînes ganglionnaires : Dur et roulant <input type="checkbox"/> Mou et sensible <input type="checkbox"/> Dur et immobile <input type="checkbox"/> Inspection des lèvres, présence de lésion : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
--

Examen Endo-buccal :

Muqueuses buccales : Lésion jugale Glossite Ouranite
 Chéilite Sialadénite

Examen dentaire : Lésion Carieuse **C** Lésion d'usure **U** Fracture dentaire **F**
 Obturation **O** Prothèse fixée **P** Prothèse Amovible **A**

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Lésion carieuse																
Lésion d'usure																
Fracture dentaire																
Obturation																
Prothèse F																
Prothèse A																



	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Lésion carieuse																
Lésion d'usure																
Fracture dentaire																
Obturation																
Prothèse F																
Prothèse A																

Examen du parodonte :

Présence de plaque visible à l'œil nu :
 Présence de signes d'activité :
 Présence de mobilité(s) dentaire(s) :
 Aspect de la gencive : Rosé Rouge Œdématisée

TESTS COMPLEMENTAIRES

Tests cliniques :

Percussion Axiale Positive, si oui lesquelles :

Percussion Latérale Positive :

Palpation des Tables Osseuses :

Test de sensibilité positif :

Examens radiologiques :

Besoin de RA : Si Oui, lesquelles :

Besoin de radio panoramique : Oui Non

BESOINS

Nécessité de soins :

Prophylaxie : Oui Non

Soin(s) : Oui Non

Prothèse Fixée : Oui Non

Bilan Parodontologique : Oui Non

Extraction(s) : Oui Non

Prothèse Amovible : Oui Non

Figure 16 Plaquette de 1ere consultation dentaire pour le chirurgien-dentiste – source personnelle

4.4 Modèle patients

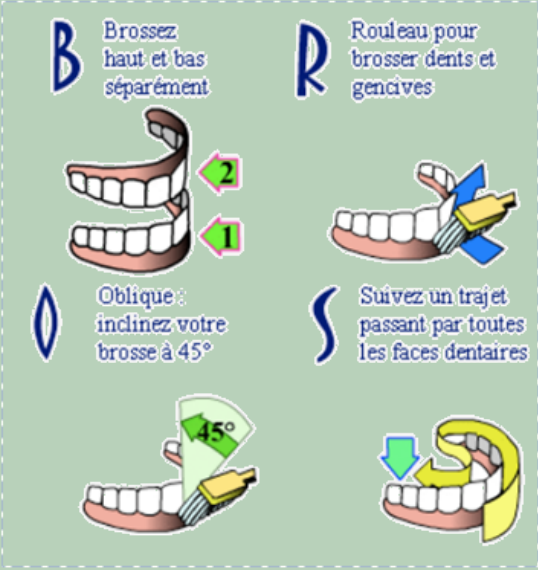
REALISER UN BROSSAGE EFFICACE	AMELIORER SON HYGIENE BUCCO-DENTAIRE
1 Brosse à dents souple avec dentifrice fluoré	1 Limiter l'alimentation/ boisson sucrée
2 2-3 fois par jour après le repas	2 Arrêt du tabac et substances psychoactives
3 Durée de 3 minutes	3 Limiter le grignotage entre les repas
4 Technique B R O S	4 Se rincer la bouche avec de l'eau après un grignotage
	5 Chewing-gum sans sucre pour saliver
	6 Changement de brosse à dents tous les 3 mois
	7 Utilisation de fil dentaire et/ ou brossettes pour les espaces interdentaires
	8 Consultation une fois par an chez un chirurgien dentiste sauf en cas de douleur
	9 Détartrage annuel, si besoin, chez un chirurgien dentiste

Figure 17 Plaquette de prévention pour le patient – source personnelle et illustration BROS de Bourriau J

CONCLUSION

L'organisation des soins en milieu pénitentiaire est essentielle pour la bonne prise en charge des détenus. Les unités de soins en milieu pénitentiaire jouent un rôle clé face aux besoins spécifiques des personnes incarcérées. Elles assurent la continuité des soins et font la demande de transfert vers le centre hospitalier qui y est rattaché en cas de besoin.

Les spécificités de la population carcérale, comme la jeunesse, la prévalence des troubles mentaux, des dépendances et les conditions de détention difficiles augmentent leur vulnérabilité aux problèmes de santé. Ces facteurs soulignent l'importance d'adopter des politiques de santé adaptées et intégrées, tenant compte des aspects médicaux, psychologiques et sociaux pour une bonne prise en charge.

La première consultation dentaire en milieu carcéral pourrait devenir une étape cruciale pour établir un premier contact et élaborer un plan de traitement global. Elle permettrait d'identifier les risques potentiels et les pathologies. Les examens cliniques et les radiographies, ainsi que les mesures préventives, jouent un rôle essentiel pour maintenir une bonne santé bucco-dentaire et améliorer la qualité de vie des détenus.

L'efficacité du système de soins en milieu pénitentiaire dépend d'une coordination précise entre les USMP, les établissements de santé, et les administrations pénitentiaires. Une approche intégrée et adaptée aux spécificités de la population carcérale est essentielle pour offrir des soins de qualité, soutenir la réinsertion sociale des détenus, et favoriser leur bien-être général.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Mouquet M. C, Dumont M, Bonnevie MC. La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque. La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque. 1999;(6).
2. Loi de 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, art R. 6111-27 du CSP.
3. Arrêté de 1993 relatif au modèle de convention type fixant les conditions dans lesquelles les établissements publics de santé dispensent en milieu pénitentiaire des soins aux détenus.
4. Ministère de la justice. Guide méthodologique. Livre 3. Chapitre 1 ; 2019.
5. Décret de 2005 soins dispensés en milieu pénitentiaire, art R. 6112-19.
6. Ordonnance 2022 portant partie législative du code pénitentiaire, art 7.
7. Code de la santé publique, Art R6112-23.
8. Denis F, Grohens M. Psychiatrie et prison. Laennec. 2016;64(3):18-31.
9. Mouquet M. C. La santé des personnes entrées en prison en 2003. 2005;(386).
10. MOUQUET MC. La santé des personnes entrées en prison en 2003. La santé des personnes entrées en prison en 2003. 2005;(386).
11. Sahajian F, Lamothe P, Fabry J. Consommation de substances psycho actives chez les personnes entrant en prison. Santé Publique. 2006;18(2):223-34.
12. Jacomet C, Guyot-Lénat A, Bonny C, Henquell C, Rude M, Dydymski S, et al. Addressing the challenges of chronic viral infections and addiction in prisons: the PRODEPIST study. Eur J Public Health. 2016;26(1):122-8.
13. Pasquereau A, Andler R., Arwidson P., Guignard R, Nguyen T V. Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019. BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, 2020, n° 14, p. 274-281.
14. Drees La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux. Etudes et résultats. 2002;(181).
15. Protais C. Les malades mentaux dans les prisons françaises : le rôle de l'expertise psychiatrique. Mouvements. 2016;88(4):27-33.
16. Gough E, Kempf MC, Graham L, Manzanero M, Hook EW, Bartolucci A, et al. Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar. BMC Public Health. 2010;10(1):777.
17. Hagège M. L'hépatite C et la prison : une opportunité de soins ? Santé Publique. 2017;29(4):563-7.
18. Désesquelles A. Le handicap en milieu carcéral en France. Quelles différences avec la situation en population générale ? Population. 2005;60(1-2):71-98.
19. Grill S, Telmon N. Handicap et prison. Droit, Déontologie & Soins. 2006;6(2):178-85.

20. Guillothe M. La violence en milieu carcéral: étude des facteurs de risque de passage à l'acte dans une population d'hommes détenus en maison d'arrêt. 2018;
21. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Acta Endosc. 1998;28(2):151-5.
22. Cordier O. Etat de santé bucco-dentaire des personnes en situation de précarité de l'agglomération de Rouen.
23. Vabre A, Millot I. Santé bucco-dentaire, petite enfance et précarité : une analyse des freins et des leviers à l'accès aux soins à travers le vécu des familles. Le partenariat de soin avec le patient : analyses. 2023;6:36-66.
24. Ejeil AL. Ulcération unique : Démarche diagnostique. Revue odonto stomatologique. 2017;46:60-65.
25. La Croix C, Mirghani H, Villeneuve A. Adénopathies cervicales de l'adulte. EMC. 2020,35(4):1-11.
26. Babin E, Grandazzi G, Schueren MV der. Cancer des VADS et comportements à risque. Psycho-Oncol. 2017;11(4):233-7.
27. Ejeil AL, Dridi SM. L'examen clinique des muqueuses buccales. 2008;
28. Joly A, Huttenberger B, Pare A. Examen clinique de la cavité buccale et variantes physiologiques. La Presse Médicale. 2017;46(3):286-95.
29. Lescaille G, Ernenwein D, Toledo R. Cancers de la cavité buccale : dépistage et facteurs de risque. EMC - Traité de médecine AKOS. 2011;6(1):1-8.
30. Cohen F. Santé buccodentaire des usagers de substances psychoactives. La Presse Médicale. 2016;45(12, Part 1):1178-86.
31. Institut national du cancer. Alcool et risques de cancers. Etats des lieux des données scientifiques et recommandations de santé publique. 2007.
32. Pesci-Bardon C, Prêcheur I. L'alcool : une drogue licite aux conséquences bucco-dentaires non négligeables. Actual Odonto-Stomatol. 2013;(262):24-32.
33. Brugère J, Schwaab G. Le cancer des voies aérodigestives supérieures : information et prévention. 2002.
34. Gauzeran D. Dépistage des cancers de la cavité orale. Les Cahiers de l'ADF 2003;16:10-6.
35. Lourenço AG, Motta ACF, Figueiredo LTM, Machado AA, Komesu MC. Oral lesions associated with HIV infection before and during the antiretroviral therapy era in Ribeirão Preto, Brazil. J Oral Sci. 2011;53(3):379-85.
36. Gaurav S, Keerthilatha PM, Archana N. Prevalence of Oral Manifestations and Their Association with CD4/CD8 Ratio and HIV Viral Load in South India. Int J Dent. 2011;964278.
37. Sontakke SA, Umarji HR, Karjodkar F. Comparison of oral manifestations with CD4 count in HIV-infected patients. Indian J Dent Res. 2011;22(5):732.
38. Ben Slama L. Pathologie de la muqueuse buccale. 2004;105(4):235-6.
39. Vaillant L, Samimi M. Aphtes et ulcérations buccales. La Presse Médicale. 2016;45(2):215-26.

40. Prestifilippo JP, Fernández-Solari J, Medina V, Rettori V, Elverdin JC. Role of the endocannabinoid system in ethanol-induced inhibition of salivary secretion. *Alcohol Alcohol*. 2009;44(5):443-8.
41. Rooban T, Vidya K, Joshua E, Rao A, Ranganathan S, Rao UK, et al. Tooth decay in alcohol and tobacco abusers. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2011;15(1):14-21.
42. Coates EA, Brennan D, Logan RM, Goss AN, Scopacasa B, Spencer AJ, et al. Hepatitis C infection and associated oral health problems. *Australian Dental Journal*. 2000;45(2):108-14.
43. Borgès Da Silva G, Minguet-Fabbri J, Orgebin JY, Herter G, Chanut C, Mabriez JC. Inégalités sociales de santé dentaire : la mesure du risque et des besoins sanitaires. *Santé Publique*. 2003;15(3):347-58.
44. Bedos C, Brodeur JM, Benigeri M, Olivier M. Inégalités sociales dans le recours aux soins dentaires. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2004;52(3):261-70.
45. Catteau C, Blaizot A, Duhamel A, Delzenne A, Devillers A, Frimat P. Santé dentaire et facteurs associés dans un service de santé au travail du Nord (France). *Santé Publique*. 2013;25(6):747-55.
46. Pineau C. L'érosion dentaire: diagnostic, étiologies, traitements. 1994;
47. Chehal HK, Pate DH, Cohen DM, Bhattacharyya I. Dental erosion due to excessive wine consumption. *Gen Dent*. 2009;57(5):519-23.
48. Manarte P, Manso MC, Souza D, Frias-Bulhosa J, Gago S. Dental erosion in alcoholic patients under addiction rehabilitation therapy. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009;14(8):e376-383.
49. Bou Khalil R, Richa S. Bruxisme induit par les psychotropes : mise au point. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2012;170(3):169-73.
50. Manfredini D. The triangle bruxism, pain, and psychosocial factors. 2011;79.
51. Orthileb J. Le bruxisme Odontologie-Stomatologie. Thérapeutique / Entretiens de Bichat Pitié-Salpêtrière Entretiens de Bichat Pitié-Salpêtrière. 2017;1:65-70.
52. Andersson L. Trauma in a global health perspective. *Dent Traumatol*. 2008;24(3):267.
53. Vallaeys K, Chevalier V, Arbab-Chirani R. Traumatisme dentaire. 2013;
54. Thorén H, Numminen L, Snäll J, Kormi E, Lindqvist C, Iizuka T, et al. Occurrence and types of dental injuries among patients with maxillofacial fractures. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2010;39(8):774-8.
55. Gassner R, Bösch R, Tuli T, Emshoff R. Prevalence of dental trauma in 6000 patients with facial injuries: implications for prevention. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1999;87(1):27-33.
56. Tardif A, Misino J, Péron JM. Traumatismes dentaires et alvéolaires. *Emc - Dentisterie*. 2004;1:159-78.
57. Baguant L. Signes cliniques bucco-dentaires suggérant une pathologie générales. 2015;
58. Houle MA, Grenier D. Maladies parodontales : connaissances actuelles. *Médecine et Maladies Infectieuses*. 2003;33(7):331-40.

59. Sojod B, Périer JM, Zalcberg A, Bouzegza S, Halabi BE, Anagnostou F. Maladies parodontales et état de santé général. AKOS (Traité de médecine). 2021;24(4):1-8.
60. Underner M, Maes I, Urban T, Meurice JC. Effets du tabac sur la maladie parodontale. Revue des Maladies Respiratoires. 2009;26(10):1057-73.
61. Madinier I, Harrosch J, Dugourd M, Giraud-morin C, Fosse T. Etat de santé bucco-dentaire des toxicomanes suivis au CHU de Nice. Presse Médicale (La). 2003;(Vol.32, n°20):919-23.
62. Rivoire I. Le stress : facteur de risque pour les maladies parodontales. 2021.
63. Nguyen LT. La pulpotomie: traitement d'urgence de la pulpite aiguë irréversible des dents multiradiculées. 2019;
64. Journeaux S. La radiographie panoramique dans le dépistage des lésions bucco-dentaires : étude rétrospective au CHU de Nice. 2017;99.

Index des figures

Figure 1: les trois niveaux de prise en charge (4)	17
Figure 2: Fiche d'accueil recto complétée par le médecin - Source CH Douai	19
Figure 3: Fiche d'accueil verso complétée par le médecin - Source CH Douai.....	20
Figure 4: Document remis au patient expliquant l'organisation de l'USMP - Source CH Douai ...	21
Figure 5: Document réserver au patient pour une demande de soin – Source CH Douai	22
Figure 6: Fiche dentaire à compléter par le chirurgien-dentiste - Source CH Douai	24
Figure 7: Document du dossier médical complété par l'addictologue - Source CH Douai	28
Figure 8 : entrants en centre de détention, consommations de substances psychoactives et traitements de substitution (en %) (9).	30
Figure 9 : comparaison des patients incarcérés et population générale (8).	31
Figure 10 Risque relatif de cancers des voies aérodigestives supérieures en fonction de la consommation d'alcool et de tabac(22)	38
Figure 11: Abrasion dentaire(46)	42
Figure 12: Lésions d'érosion(46)	43
Figure 13 De la gencive saine aux maladies parodontales (59).....	45
Figure 14: Demande d'imagerie médicale - Source CH Douai.....	48
Figure 15: Ordonnancier à disposition lors des consultations - Source CH Douai.....	50
Figure 16 Plaquette de 1ere consultation dentaire pour le chirurgien-dentiste – source personnelle.....	56
Figure 17 Plaquette de prévention pour le patient – source personnelle et illustration BROS de Bourriau J.....	57

Index des tableaux

Tableau 1 Tableau récapitulatif des facteurs de risques retrouvés dans la population carcérale et leurs incidences bucco-dentaire - source personnelle	51
Tableau 2 : Intérêts de la mise en place de la première consultation – Source personnelle	52

Thèse d'exercice : Chir. Dent. : Lille : Année 2024 –

Titre de la thèse en français / **Lucas RITUCCI**. - p. (64) : ill. (17) ; réf. (64).

Domaine : Prévention

Mots clés Libres : Première consultation odontologique – Maison d'arrêt de Cuincy
– Santé bucco-dentaire

Résumé de la thèse en français

La maison d'arrêt de Cuincy est un établissement pénitentiaire des hauts de France recevant des détenus en attente de leur jugement. La population des centres de détention présente des spécificités qui leurs sont propres, telles que la précarité, la consommation de substances psychoactives, des troubles psychiatriques et des pathologies à prévalence plus élevée.

Les spécificités de la population carcérale amènent à une vigilance accrue de la santé bucco-dentaire.

Une consultation médicale générale au sein de l'USMP de la maison d'arrêt de Cuincy est présente à ce jour. Cependant, il n'existe pas de première consultation d'odontologie.

L'objectif de ce travail est de faire l'état des lieux des spécificités de la population carcérale puis de proposer la mise en place d'une première consultation d'odontologie à l'arrivée des détenus au sein de l'USMP de la maison d'arrêt de Cuincy.

Le résultat final est l'élaboration de deux plaquettes, l'une pour aider le chirurgien-dentiste lors de la première consultation d'odontologie et avoir une trace écrite dans le dossier médical du patient. Puis une plaquette pédagogique pour le patient détenu.

JURY :

Président : L. ROBBERECHT

Assesseurs : M. SAVIGNAT

C. CATTEAU

P. PAILLEUX