

Problèmes éthiques posés par l'exercice de la chirurgie dentaire en milieu carcéral: étude menée à la maison d'arrêt de Loos-lez-Lille

**Anne BECART
DEA 1997**

I - Introduction

II - Méthodologie

2.1 Hypothèses

2.2 Choix de la méthodologie

2.a) bibliographie

2.b) questionnaire

2.c) observations personnelles

III - La maison d'arrêt de Loos

IV - La population carcérale de Loos

4.1 Evaluation quantitative

4.2 Evaluation qualitative

V - Les intervenants

5.1 Le personnel pénitentiaire

5.2 Le personnel médical et paramédical

VI - Le chirurgien dentiste à la maison d'arrêt de Loos

6.1 Le cadre légal

6.2 Les praticiens

6.3 Les pathologies dentaires spécifiques

VII - Analyse de la pratique dentaire en milieu carcéral

7.1 Les demandes de rendez-vous

7.2 Le problème des délais d'attente

7.3 Le suivi des soins

7.4 Les hospitalisations

VIII - Le questionnement éthique

8.1 Problèmes éthiques liés aux dysfonctionnements dans la pratique

8.2 La relation praticien-patient

8.3 Le secret médical

IX - Conclusion

X- Bibliographie

I. Introduction

Ce travail est le point de départ d'une réflexion et d'une recherche sur les problèmes éthiques liés à l'exercice de la chirurgie dentaire en milieu carcéral. L'établissement où l'étude a été réalisée fait partie d'un centre pénitentiaire qui comprend d'une part une maison d'arrêt accueillant des prévenus en attente de jugement ainsi que les personnes condamnées à de très courtes peines, et d'autre part, un centre de détention qui accueille les personnes condamnées à des peines allant de 1 à 10 ans. L'étude s'est limitée ici à la population carcérale de la maison d'arrêt de Loos-les-Lille. La base de recherche de ce travail est essentiellement un travail d'observation sur le terrain, au contact de la réalité quotidienne.

II. Méthodologie

21. Hypothèses

La prison se révèle être le lieu où s'exerce l'antagonisme entre deux logiques que sont d'une part, la détention, logique coercitive et d'autre part, la santé. Or, il convient de gérer cet antagonisme afin de ne pas laisser les détenus sans soins médicaux. Il semble évident que le détenu privé de toute liberté, y compris la liberté de choix du praticien qui va le soigner, ne peut prétendre à recevoir des soins de manière identique hors la prison et dans les murs de la prison. Le but de ce travail est de vérifier les hypothèses suivantes :

Les conditions de travail vont peser sur la pratique quotidienne et générer des difficultés pour un accès aux soins égal pour tous

L'institution va intervenir dans la relation praticien-patient. La dynamique des relations entre les agents de l'institution et les détenus va modifier de manière inéluctable cette relation, sans que le praticien puisse dominer cet état de fait

22. Choix de la méthodologie

Bibliographie

Une recherche bibliographique a été menée préalablement à ce travail dans 3 banques de données (Medline, Pascal, Ethics) au sein du centre de documentation en éthique médicale à la faculté Necker à Paris, à la bibliothèque de la faculté de médecine de Lille, à la bibliothèque de la faculté de droit de Lille et au centre de documentation en éthique médicale de la faculté libre de médecine de Lille. Les mots clés employés pour la recherche étaient : prison, dent, soin dentaire, droit de l'homme, toxicomanie, soit en anglais : prison, inmates, penitentiary, tooth, dental care, human rights, toxicomania. On retrouve des références bibliographiques portant sur les problèmes éthiques liés plus particulièrement aux malades atteints du sida en milieu carcéral et à leur traitement, mais aussi sur tout ce qui se rapporte à la torture et à l'atteinte aux droits de l'homme. L'absence de référence bibliographique portant sur l'exercice des soins dentaires en milieu carcéral, nous a amené à établir une méthodologie particulière en utilisant comme référence un descriptif détaillé de l'organisation de la prison et de la pratique des soins dentaires. Ceci avait pour but de faire mieux ressortir les problèmes éthiques pouvant être générés par cette pratique.

Questionnaires et entretiens

Il est évident qu'étant donné le caractère particulier de la population que nous étudions, un questionnaire auprès des détenus eux-mêmes ou auprès du personnel pénitentiaire ou médical au sein de la maison d'arrêt n'était pas du tout envisageable. Il n'est pas possible de laisser des questionnaires circuler au sein de la détention et questionner le patient au cours de la séance de soins dentaires introduirait un biais évident. Des entretiens semi-directifs menés auprès d'autres praticiens des UCSA n'étaient pas réalisables. En effet, les UCSA sont de création récente, celle de Lille est la plus

ancienne, et il n'était pas possible de mener des entretiens concernant une pratique auprès de personnes qui n'interviennent que depuis quelques mois en milieu pénitentiaire. De plus, dans la plupart des UCSA les structures se mettent en place actuellement et il n'est pas possible d'analyser les pratiques alors que l'organisation des soins n'est pas encore complètement en ordre.

Observations personnelles

Durant plusieurs semaines, les observations concernant les consultations de chirurgie dentaire ont été relevées de manière systématique. Tout incident ou tout évènement anormal ou imprévu était relevé et l'analyse de cette forme de journal qui rapportait le déroulement des consultations de chirurgie dentaire a été menée conjointement par un intervenant extérieur (le Directeur de mémoire) et le praticien lui-même. Cette lecture devait faire ressortir les points liés à la pratique quotidienne de la chirurgie dentaire qui pouvaient aggraver ou provoquer des problèmes éthiques, en ce qui concerne l'accès aux soins, la relation praticien-patient et le secret médical

III. Le lieu de l'étude : la Maison d'Arrêt de Loos

Une maison d'arrêt est un établissement qui reçoit les prévenus et les condamnés à une peine dont le reliquat n'excède pas un an au moment de la condamnation. La construction de la maison d'arrêt de Loos date de la fin du XIXe siècle, le plan architectural est dérivé du panoptique de Bentham tel qu'il est décrit par Michel Foucault (1). L'architecture est intéressante à considérer car elle permet de comprendre que toute personne peut se trouver en contact avec les détenus depuis l'entrée du couloir central jusqu'au quartier de l'infirmerie. Elle permet également de comprendre les difficultés d'extension et donc la quasi impossibilité de construire de nouvelles cellules pour limiter le problème de suroccupation qui oblige les détenus à être 3 ou 4 parfois même par cellule, avec tous les problèmes liés à la promiscuité qui peuvent en découler.

La maison d'arrêt de Loos accueille en moyenne plus de 1100 détenus ce qui lui vaut la palme de la prison la plus surchargée de France

IV-La population étudiée: la population carcérale de Loos

41. Evaluation quantitative

Les secteurs d'hébergement au sein de la maison d'arrêt se répartissent de la manière suivante : un quartier d'hommes majeurs prévenus, un quartier hommes majeurs condamnés, un quartier mineurs, un quartier femmes, un quartier SMPR (Service Médico-Psychologique Régional). La capacité d'accueil théorique de la maison d'arrêt de Loos est de : 54 places pour les femmes, 17 places pour les mineurs, 471 places pour les hommes soit 542 places.

L'effectif moyen est le suivant : 87 femmes, soit 160 % de surpopulation, 35 mineurs soit 200 % de surpopulation, 1020 hommes soit 217 % de surpopulation, ce qui donne en moyenne 1142 détenus. Le taux moyen d'occupation est donc de 202 %. La durée moyenne du séjour est de 3 mois et 26 jours.

42. Evaluation qualitative (année 1994)

Age	57 % des détenus ont entre 18 et 25 ans, 38 % ont plus de 25 ans. La moyenne d'âge calculée sur la période octobre 1995 à juin 1996 montre que l'âge est plus élevé : 39 % ont entre 18 et 25 ans, 48 % ont entre 25 et 40 ans.
Nationalité	76 % sont de nationalité française, 24 % de nationalité étrangère.
La situation familiale	64 % sont célibataires, 70 % sans enfant à charge.
L'origine géographique	L'origine géographique est le département du Nord pour 63,28 %. Il est à noter que 30 % sont originaires de Lille même et que 13,37 % sont sans domicile fixe.
Le niveau de formation	67 % des détenus n'ont aucun diplôme, 8 % sont illettrés, 69 % des détenus entre 18 et 25 ans n'ont aucun diplôme.
La situation professionnelle	24,5 % avaient un emploi fixe et un revenu stable, 30 % bénéficient de revenus liés aux allocations ou à du travail temporaire, 39 % n'ont aucun revenu légal.
Le motif d'incarcération	En 1994 le motif d'incarcération était : l'atteinte aux biens pour 42,5 %, atteinte aux personnes 9,98 %, infraction à la législation sur les stupéfiants 24,67 %, mœurs 4,52 %, délit routier 1,69 %, délit financier 1,32 %, séjour irrégulier 9,79 %, autres 5,44 %.
Les récidives	Il s'agissait d'une incarcération primaire dans 50,54 % des cas et d'une incarcération récidiviste dans 49,46 % des cas.
L'état sanitaire	33 % des détenus ont eu des antécédents psychiatriques avant leur incarcération, 21 % reconnaissent une consommation quotidienne d'alcool, 45 % reconnaissent une consommation régulière de produits stupéfiants.

V- Les intervenants

51. Le personnel pénitentiaire

L'administration pénitentiaire assure l'exécution des décisions de justice.

En milieu fermé : détentions provisoires, peines privatives de liberté.

En milieu ouvert : sursis avec mise à l'épreuve, travail d'intérêt général, libération conditionnelle.

Avec deux missions principales en milieu fermé : la mission de sécurité (garde et entretien des personnes incarcérées, prévention des suicides, des troubles et des évasions), et la mission de réinsertion (éviter les effets désocialisants de l'incarcération par le maintien des relations avec l'extérieur)

52. Le personnel médical et paramédical

Depuis 1987, les prisons se sont ouvertes à l'hôpital en accueillant les SMPR (Services Médico-Psychologiques Régionaux) chargés d'assurer les soins et la prévention psychiatrique. La loi du 18 janvier 1994, relative à la santé publique et à la protection sociale, et ses textes d'application (décret du 27 Octobre 1994, circulaire du 8 Décembre 1994 et son guide méthodologique) ont élargi la compétence des hôpitaux publics à la prise en charge sanitaire globale des détenus. Jumelé avec la prison par convention, le C.H.R.U. de Lille a créé, au sein de l'établissement pénitentiaire, une Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) composée de personnels hospitaliers appartenant au service de Médecine Légale et Pénitentiaire. L'objectif poursuivi est d'assurer à la population incarcérée une "qualité et une continuité des soins équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la population".

V1- Le chirurgien dentiste

Avant la promulgation de la loi de 1994, les soins dentaires en prison étaient assurés par des praticiens libéraux qui intervenaient en tant que vacataires. Pour la maison d'arrêt de Loos, il existait deux consultations par semaine assurées par deux chirurgiens-dentistes, ce qui était nettement insuffisant. Les praticiens vacataires étaient rémunérés par le Ministère de la Justice donc dépendants plus ou moins de l'administration pénitentiaire qui avait le pouvoir d'intervenir dans le déroulement des consultations, pour appuyer la demande de tel ou tel détenu ou la demande d'un traitement particulier. D'autre part, la notion de secret médical était plus ou moins mise à mal, les praticiens étant assujettis à la hiérarchie pénitentiaire. Il en était d'ailleurs de même pour tout le personnel infirmier et médical. La loi du 18 janvier 1994 a modifié cet état de chose. En effet, depuis cette date, une convention doit être signée entre les établissements pénitentiaires et les établissements de soins hospitaliers de proximité. En général, il s'agit du Centre Hospitalier Régional de proximité afin que tous les actes médicaux et paramédicaux soient effectués dans le cadre d'un service hospitalier. C'est ainsi que dorénavant, les intervenants au niveau médical ou paramédical sont, soit praticiens hospitaliers, soit vacataires hospitaliers. Il y a donc une modification totale de la prise en charge sanitaire des détenus dans le sens où actuellement les praticiens sont assujettis à une hiérarchie hospitalière et non plus pénitentiaire, ce qui a permis une certaine indépendance vis-à-vis de l'administration pénitentiaire. A Loos, la loi a été mise en application de manière réelle au mois de juillet 1995.

Cependant les chirurgiens dentistes sont intervenus en quelque sorte en avant garde, puisqu'ils ont pris leurs activités dès le mois d'octobre 1994. Ils ont dû exercer quelques mois en tant que praticiens hospitaliers dans une structure où l'administration pénitentiaire était prédominante, ce qui a bien évidemment occasionné certains heurts et certaines réticences de la part du personnel pénitentiaire au départ.

Consultations dentaires

Les consultations sont assurées par deux praticiens hospitaliers à temps partiel, 5 jours par semaine. Le matin, les praticiens sont aidés par un binôme d'étudiants en chirurgie dentaire de 5^{ème} année qui travaille sur l'un des deux fauteuils pendant que le praticien exerce sur le second fauteuil. Les étudiants assurent le suivi des soins sous contrôle du praticien alors que celui-ci s'occupe plutôt des problèmes d'urgences et des premières consultations. Dans la mesure où il n'est pas possible de travailler avec l'aide d'une assistante dentaire, cette fonction n'étant pas représentée au sein de l'hôpital, la présence des étudiants en chirurgie dentaire permet de réaliser et de programmer certaines interventions de chirurgie où l'aide d'un assistant est nécessaire.

Le nombre moyen de consultations assurées par demi journée peut varier entre 12 et 15 consultants. La moitié des rendez-vous sont notés par les secrétaires médicales qui, prenant la liste d'attente des personnes en demande de rendez-vous, notent les rendez-vous pour la moitié de la consultation ; l'autre moitié de la consultation étant consacrée au suivi des personnes qui ont déjà été vues. Ces rendez-vous de suivi sont notés par les chirurgiens dentistes eux-mêmes. L'absentéisme important dans la population carcérale fait que généralement deux ou trois consultants sont absents à chaque consultation et il est donc possible d'inclure les urgences qui sont envoyées soit directement par les surveillants d'étages, soit signalées par les médecins ou les infirmières.

Les pathologies dentaires spécifiques

On ne peut pas réellement parler de pathologies spécifiques mais plutôt de la conjonction de facteurs prédisposants multiples retrouvés chez les patients incarcérés. Les mauvaises habitudes, qu'il s'agisse de mauvaises habitudes alimentaires, de la prise de tabac, d'alcool ou de toxicomanie, vont favoriser la dégradation de l'état bucco-dentaire et l'apparition de caries et de gingivopathies. D'autre part, on retrouvera une aggravation de l'état général accompagné d'une dégradation de l'état bucco-dentaire chez les personnes souffrant de tares organiques ou nécessitant des traitements médicamenteux comme les anti-épileptiques. On peut constater également que certaines pathologies constituent des terrains favorisant l'apparition d'un mauvais état bucco-dentaire. Ceci se retrouve en particulier chez les personnes souffrant de diabète, de tuberculose, de maladies sexuellement transmissibles, de sida, de malnutrition. Dans "La santé incarcérée"(4) Daniel GONIN écrit : *la bouche est le lieu de tous les maux, et les aphtes, les plaques de leucoplasies inexplicables, les gingivites oedémateuses et atrophiques, les glossites à répétition, les ulcérations du palais, en*

témoignent. Le détenu préfère se faire arracher les dents, et remplacer l'organe par une prothèse réputée neutre et indolore. Le dentiste, impuissant, finit souvent par accepter. A Loos, une majeure partie des détenus est d'origine maghrébine et on peut retrouver certaines pathologies dentaires liées à l'éthnie, en particulier les fluoroses, chez les personnes du pourtour du bassin méditerranéen et, chez les sujets originaires d'Afrique noire, des dysplasies de l'émail. Il existe cependant certains points spécifiques au niveau des pathologies chez les détenus. Le stress lié à l'incarcération entraîne la consommation d'anxiolytiques, de neuroleptiques, de psychotropes qui vont provoquer une sécheresse buccale (5). Le stress va également favoriser une forte consommation de sucreries et tous ces facteurs vont contribuer à aggraver le problème carieux et les parodontopathies. Le toxicomane, quant à lui, va poser des problèmes au niveau de l'anesthésie dentaire. En effet, le métabolisme modifié, et le stress vont provoquer des difficultés à l'anesthésie. Il faudra également tenir compte du risque d'hémorragie lors des extractions en raison de possible insuffisance hépatique chez les sujets toxicomanes ayant contracté une hépatite. Enfin les pathologies liées au traumatisme dentaire, au traumatisme des maxillaires et les mobilités dentaires causées soit par la pratique du sport, soit plus généralement par des bagarres entre co-détenus vont être rencontrées assez fréquemment. Le problème va souvent se poser de la rédaction d'un certificat médical demandé par le détenu qui espère toujours obtenir une indemnité quelconque. Un dernier point spécifique est celui du retentissement néfaste que peut avoir sur la cavité buccale une grève de la faim (6).

VII. Analyse de la pratique dentaire en milieu carcéral

Daniel GONIN (4) écrit dans "La santé incarcérée" : les détenus réagissent bruyamment à la douleur, ils la décrivent dans des lettres de demande d'admission à la consultation, en utilisant force superlatifs. Ils évoquent un tableau dramatique de la situation où les plongent leurs problèmes dentaires. Ils n'ont pas pu manger depuis plusieurs semaines, ont perdu le sommeil. Les surveillants leur refusant le cachet salvateur, ils menacent d'en arriver aux pires extrémités.

Cette exagération représente pour les détenus le seul espoir d'être entendu. La douleur dentaire est toujours difficile à supporter ; elle se fait angoissante lorsqu'il n'y a pour la soulager qu'à attendre dans le fond de sa cellule qu'on veuille bien venir la soigner. La crainte de la douleur du soin dentaire s'efface pendant l'acte chirurgical réclamé (l'extraction), souvent à l'encontre de l'avis du soignant. "En sortant j'irais à l'hôpital me faire tout enlever" est une phrase qui revient quotidiennement.

71- Les demandes de rendez-vous

La demande est effectuée par le détenu sur un papier non scellé, non cacheté, qui comporte le motif de la demande, le nom et le prénom du détenu ainsi que son numéro d'écrou. Ces papiers sont à la disposition des détenus dans les étages ainsi qu'à l'infirmerie. Ils les remplissent et les remettent aux surveillants d'étages qui les transmettent au surveillant pénitentiaire en poste au quartier d'infirmerie, celui-ci se chargeant ensuite de les faire parvenir au secrétariat. Les papiers peuvent également arriver directement au secrétariat médical ou être remis à l'infirmière d'accueil lorsque celle-ci est présente en section. En réponse aux demandes de rendez-vous des convocations sont envoyées aux détenus la veille de leur rendez-vous et par l'intermédiaire des surveillants d'étage. Le second moyen pour accéder au rendez-vous est de rencontrer un médecin pour un problème dentaire urgent, par exemple un abcès dentaire, une cellulite dentaire, nécessitant la prise d'une antibiothérapie et une intervention dans les huit jours qui suivent. Dans ce cas, le détenu est alors signalé au chirurgien-dentiste qui lui fixe un rendez-vous en urgence dans les délais nécessaires.

Enfin, lorsque la surcharge de travail le permet, il nous arrive d'accueillir dans la consultation des urgences signalées par les surveillants d'étages directement par téléphone et de voir immédiatement le détenu si un médecin n'est pas disponible. Les petits papiers constituant les demandes de rendez-vous peuvent ne pas parvenir jusqu'au secrétariat médical mais également ne pas revenir au détenu pour le convoquer. Ceci ne dépend en aucun cas du bon vouloir du praticien ou du secrétariat médical mais bien du passage obligé par le personnel pénitentiaire. L'ordre des rendez-vous peut en effet être modifié par l'intervention des surveillants. Il arrive ainsi qu'un mouvement syndical, une grève des surveillants, un mouvement de "grogne" à l'égard de la direction aient pour conséquence la non-distribution des convocations (encore appelées "yoyos") et perturbent totalement les consultations médicales et dentaires. Plus quotidiennement, il suffit que le détenu ait été agressif ou désagréable envers un surveillant d'étage pour que sa demande de soins parte à la poubelle. La demande de

rendez-vous constitue donc un enjeu dans le rapport de forces entre détenus et surveillants et la logique de soins s'en trouve modifiée.

72- Le problème des délais d'attente

Une enquête a été réalisée en Octobre et Novembre 1994 sur les demandes de consultations dentaires. Cette enquête a permis, sur environ 300 personnes, d'établir que : 2 % des détenus ont un état bucco-dentaire correct, les 98 % restants sont soit demandeurs de soins, ou de prothèses dentaires soit, nécessitent mais ne souhaitent pas des soins dentaires. Ce taux de demandes très élevé est corrélé au nombre important de toxicomanes qui se trouvent à la prison de Loos. En effet, la prise de stupéfiants tels que l'héroïne favorise l'apparition des caries et entraîne une dégradation importante de presque la totalité des dents. Tant que le toxicomane consomme des stupéfiants, les douleurs dentaires sont cachées par l'action de ces produits, mais lors du sevrage, à l'incarcération, les douleurs dentaires se réveillent et nécessitent des soins en urgence. A cet élément s'en ajoutent plusieurs autres, d'ordre institutionnel, et leur conjonction empêche les consultations d'être organisées de manière rationnelle. Ceci explique le délai d'attente qui, pourtant réduit au minimum, varie de un mois et demi à deux mois pour un premier rendez-vous, sauf évidemment en cas d'urgence.

Les carences en secrétariat

Si le secrétariat médical se charge de collecter les demandes de rendez-vous, de les lister et de les répartir sur le carnet de rendez-vous, c'est le praticien lui-même qui remplit les dossiers et qui assure les remises de rendez-vous pour le suivi des soins. C'est lui également qui remplit toutes les demandes administratives, tous les papiers de sécurité sociale et qui liste la cotation des actes effectués à chaque consultation.

Tout ce travail de "paperasserie administrative" pourrait être assuré de manière efficace par une assistante dentaire ou une secrétaire médicale. Ceci permettrait au praticien d'effectuer ce pourquoi il a été formé spécifiquement c'est-à-dire la chirurgie dentaire et uniquement la chirurgie dentaire. L'absence d'une assistante se fait également sentir lorsque nous sommes interrompus en cours de soins par le téléphone. Il s'agit d'une ligne intérieure, puisque nous ne possédons pas de ligne ouverte sur l'extérieur et qu'il nous faut, pour le moindre appel vers l'extérieur, passer par un standard qui est souvent saturé. C'est par cette ligne intérieure que tous les surveillants d'étages qui ont dans leur section un détenu particulièrement agité ou revendicatif qui veut un rendez-vous rapide, (voire le jour même) nous appellent. D'autre part, il est fréquent que nous soyons appelés par des chefs d'atelier ou le chef des cuisines, qui nous recommandent l'un ou l'autre de leurs travailleurs nous demandant de le faire passer le plus rapidement possible pour qu'il puisse retourner sur son lieu de travail.

L'absentéisme

Il va aggraver le délai d'attente et les difficultés d'accès aux soins. Fréquemment les détenus viennent insister de manière appuyée pour obtenir un rendez-vous immédiat ou le plus rapproché possible. On s'efforce de modifier les plannings de consultations pour les satisfaire et ils ne se présentent pas à la date prévue. Il en est souvent de même pour les rendez-vous pris dans les étages par les infirmières d'accueil qui se trouvent en section, reçoivent le détenu et font passer directement la prise de rendez-vous au secrétariat médical. Ces rendez-vous sont prioritaires, de même que les rendez-vous pris par les médecins pour un détenu ayant des problèmes très urgents. La plupart du temps les personnes concernées, c'est-à-dire celles qui ont insisté pour qu'on les prenne au plus vite et qui nous ont fait modifier les plannings de consultations, sont celles qui sont absentes. Les raisons d'absentéisme sont l'existence le jour de la consultation d'un "parloir", (c'est-à-dire les visites de famille ou d'avocats) mais aussi les séances de musculation ou tout simplement le fait qu'un détenu ait veillé un peu tard en regardant la télévision et ne soit pas levé avant 11 heures du matin. Ceci est relativement fréquent. On peut noter à ce propos qu'il y a quelques années les détenus étaient astreints à des horaires stricts et devaient se lever à 8 heures ou 7 heures le matin pour ranger leur cellule et ne pouvaient pas se recoucher avant l'heure du coucher réglementaire.

Le problème des cellules d'attente

Le nombre de cellules d'attente pose également un problème. Lorsque de nombreux médecins consultent simultanément, ou lorsque des spécialistes interviennent en même temps, il arrive que les salles d'attente soient saturées et qu'on ne puisse par exemple en libérer une pour nous permettre de réaliser la consultation femmes. Il est bien évident qu'on doit garder une cellule d'attente séparée pour les hommes et les femmes. S'il n'y a pas de cellule d'attente qu'on puisse libérer pour y mettre les femmes le jour de la consultation femmes, il nous faut envoyer une surveillante chercher les femmes une par une ou deux par deux au quartier femmes. Le quartier femmes se trouvant à l'entrée de la

prison, dix minutes sont nécessaires pour passer les grilles, aller chercher les femmes, les ramener et ceci entre chaque patiente..Il en est de même si des surveillantes ou surveillants sont en congés et que d'autres sont en arrêt de maladie. Dans ce cas, il ne sera pas possible, par exemple, de nous amener des femmes et la consultation devra être repoussée de 8 ou 15 jours. Lorsqu'il en est ainsi, le nombre de consultantes se voit limité et les délais d'attente s'aggravent.

Problèmes liés au matériel

Nous travaillons dans des locaux gérés par l'administration pénitentiaire. A l'intérieur de la prison les travaux d'aménagement sont quasi constants. C'est à dire qu'à tout moment de l'année, dans un couloir ou dans un étage, on va procéder à des travaux et donc à des coupures de courant ou des coupures d'eau. Si nous ne sommes pas avertis suffisamment précocement (ou pas avertis du tout), ceci va bien entendu empêcher la consultation dentaire de se dérouler.

En l'absence d'électricité et en l'absence d'eau, il n'est pas possible de travailler dans un cabinet dentaire.; l'eau étant en effet nécessaire non seulement pour le patient se rincer la bouche mais également pour le fonctionnement des instruments rotatifs tels que la turbine et le contre-angle (la roulette). D'autre part, le matériel qui est à notre disposition n'est pas un matériel haut de gamme en ce qui concerne les deux fauteuils. De ce fait, les pannes sur ce matériel sont plus que fréquentes. Dans un cabinet dentaire de ville, le dépannage se fait dans les 24 heures de manière impérieuse.car le concessionnaire qui a livré le fauteuil a tout intérêt à satisfaire son client. Il n'en est pas du tout de même à l'hôpital et encore moins à la prison, dont le site est éloigné de l'hôpital même. La maintenance des fauteuils est assurée par un technicien de l'hôpital, celui-ci est le plus souvent débordé de travail et, pour venir sur un site qui est éloigné, il lui faut prévoir les choses suffisamment longtemps à l'avance.

D'autre part, il lui faut prévoir une demande d'autorisation d'accès pour entrer dans la prison et y intervenir, ce qui n'est pas toujours évident non plus. Bien souvent il s'écoule au minimum, une dizaine de jours entre le moment où une panne est signalée et celui où nous sommes dépannés. Or la plupart du temps, le technicien intervient, travaille 5 minutes, constate qu'il n'a pas la pièce qui est défectueuse et qu'il doit la commander. Donc aux dix jours initiaux s'ajoute le délai de commande d'une pièce de rechange et le dépannage dure ainsi parfois plusieurs semaines. Les praticiens s'efforcent alors de travailler au mieux dans les conditions qui leur sont imposées mais tout ceci ne facilite pas le bon déroulement des consultations et oblige encore à prendre du retard à ce niveau.

La stérilisation

Un autre point qui va jouer sur le nombre de consultants donc sur un accès aux soins retardé, est celui du nettoyage et de la stérilisation du matériel. Une aide-soignante hospitalière est prévue pour effectuer ce travail. Or, elle a une charge de travail tellement importante qu'elle ne peut assurer cette tâche de manière régulière. Nous arrivons parfois le matin pour trouver les bacs de décontamination pleins du matériel sale de la veille. Ceci oblige à un nettoyage qui peut prendre jusqu'à 1 heure de consultation puis la mise en stérilisateur et donc pratiquement, revient à annuler la consultation d'une demi journée. D'autre part, lorsque cette aide-soignante est en congés ou en maladie, elle n'est pas remplacée. La seule solution est que le praticien effectue lui-même, en fin de consultation, le nettoyage et la stérilisation de son matériel. Il faut rappeler que nous ne travaillons pas, à l'inverse de ce qui se passe en cabinet de ville, avec une assistante dentaire (cette fonction n'existant pas à l'hôpital). Le travail de l'assistante devrait théoriquement être assuré par l'une des infirmières. Leur charge de travail est telle qu'elle ne peuvent pas assurer ce travail de manière régulière.

73. Le suivi des soins

Lorsque le détenu a été vu une première fois, les rendez-vous de suivi lui sont remis directement par le chirurgien-dentiste lors de la consultation. Ces rendez-vous peuvent être éventuellement décalés lorsque de trop nombreuses urgences se présentent mais il existe un certain suivi dans les soins. Malheureusement, il n'est généralement pas possible de soigner en totalité les dents des toxicomanes qui pour la plupart ne se présentent pas avec une ou deux dents malades mais généralement 15 à 20 dents en très mauvais état, de nombreuses extractions à réaliser, des racines infectées. Il faut beaucoup de temps pour la remise en état de la cavité bucco-dentaire chez ces patients. L'objectif principal de suivi et de réhabilitation de la fonction buccale sera plutôt assuré au centre de détention où les détenus sont condamnés et où on connaît le temps qu'ils vont passer au centre, en général plusieurs années. Par contre, à la maison d'arrêt, l'objectif sera de réaliser des soins d'urgence pour soulager, pour éviter les problèmes infectieux et le détenu ressort très souvent avant que la totalité

des soins ait été réalisée. Dans les conditions qui sont celles de notre exercice il existe trois problèmes majeurs qui nuisent à la qualité de suivi des soins.

La carence en actions de prévention

Actuellement, il n'est pas possible de réaliser les opérations de prévention ou de motivation en ce qui concerne les problèmes dentaires, en raison de la surcharge de travail qui incombe aux deux seuls praticiens mi-temps en place. Les détenus nous avertissent généralement de leur sortie prochaine et nous ne manquons pas de leur redire à quel point il est important de poursuivre le traitement à l'extérieur et leur proposons toujours de remettre un courrier au chirurgien-dentiste traitant ou de leur remettre les radiographies si nécessaire.

Malheureusement très peu suivent nos conseils et il n'est pas rare de revoir quelques mois plus tard le même détenu se représenter à la consultation de la maison d'arrêt avec les dents qui n'avaient pu être soignées lors de l'incarcération précédente encore plus dégradées puisque entre temps ils ont reconsumé de la drogue et ne se sont toujours pas fait soigner.

Il est à noter que cette situation n'est pas propre à la maison d'arrêt de Loos, même si elle particulièrement exacerbée, d'une part du fait du nombre important de toxicomanes dans cette population (on sait que ce sont eux qui ont le plus de problèmes dentaires), et d'autre part, du fait du nombre important de détenus dans cette maison d'arrêt.

Le récent congrès de médecine pénitentiaire qui a eu lieu au mois de mars 1997 à Nantes, a permis de constater que la situation est identique dans toutes les UCSA de France. De plus, la rencontre entre les médecins et les chirurgiens-dentistes des UCSA et ceux des prisons à gestion privée du programme 13000 (GEPISA) a montré que les problèmes étaient identiques dans l'exercice dentaire quelque soit le site. Partout les praticiens se plaignent de la surcharge de travail qui ne leur permet pas d'assurer leur mission de prévention. Partout la demande est effectuée pour obtenir des postes supplémentaires de praticiens chirurgiens-dentistes comme c'est le cas à Loos où un 3ème mi-temps de chirurgien dentiste a été demandé.

La visite dentaire d'entrée systématique

Elle permettrait de soigner très rapidement les personnes susceptibles d'avoir des problèmes infectieux et d'effectuer en quelque sorte un tri parmi les urgences. Cette visite permet aussi une meilleure organisation des consultations, limite les demandes d'antalgiques auprès de l'infirmière et surtout un meilleur suivi dans les soins. Actuellement cette organisation de visite dentaire d'entrée systématique n'est pas possible du fait du manque d'effectif en praticien. On en mesure d'autant plus la carence qu'elle est effectuée pour le quartier femmes où il est beaucoup plus facile de contrôler les arrivées et les départs. Etant donné le nombre restreint de femmes (100 à 120) on peut voir plus facilement les arrivantes de chaque semaine. Il est facile de régler immédiatement les problèmes urgents et de programmer des soins de manière beaucoup plus rationnelle. D'autre part, les femmes étant beaucoup moins nombreuses, l'infirmière qui se trouve au quartier femmes les connaît très bien et il est beaucoup plus facile de les motiver et d'assurer un suivi régulier.

Généralement les médecins nous adressent, dès la visite médicale d'entrée systématique, les personnes susceptibles d'avoir de gros problèmes liés à des étiologies dentaires. Malheureusement, dans l'état actuel des choses et avec seulement deux praticiens mi-temps, il n'est pas possible d'effectuer le dépistage dentaire systématique puisqu'il y a en moyenne 10 à 15 arrivants chaque jour.

Le problème des prothèses dentaires

Toute prothèse dentaire est soumise à demande d'entente préalable auprès de la Caisse de Sécurité Sociale. Ceci implique un délai d'attente de retour des formulaires nécessaires, ce délai pouvant varier entre 15 jours et 3 semaines. Il est bien évident que si un détenu demandant une prothèse n'est susceptible de rester que quelques semaines au sein même de la maison d'arrêt, on ne va pas mettre en oeuvre le dispositif complet permettant d'une part, de récupérer les formulaires de la Sécurité Sociale, d'autre part, la réalisation d'une prothèse qui réclame plusieurs séances avec des intervalles d'attente entre les séances et donc un laps de temps suffisant pour la réalisation elle-même du travail. D'autre part, nous appliquons au sein de la maison d'arrêt le tarif exercé par le centre de soin dentaire du C.H.R.U. de Lille (c'est à dire la faculté de chirurgie dentaire) et les actes hors nomenclature, en particulier les actes de prothèses, font l'objet d'un dépassement par rapport au tarif de la sécurité sociale. Il y a donc des impératifs financiers et le détenu doit disposer de la somme nécessaire avant le début de la réalisation de la prothèse.

Dans le cas où le détenu doit être transféré très prochainement vers un autre établissement, et ce pour un temps plus important, nous lui conseillons de demander dès son arrivée la réalisation de cette prothèse au sein d'un centre de détention. En effet, dans ce cas, le détenu a été jugé et on connaît exactement le temps qu'il va passer dans l'établissement en question. Il est dès lors plus facile de gérer les rendez-vous nécessaires à la réalisation d'une prothèse. Si le détenu sort prochainement de prison, nous lui rappelons qu'il bénéficie pendant un an de ses droits auprès de la Caisse d'Assurance Maladie et que donc il a tout intérêt à réaliser cette prothèse le plus rapidement possible à l'extérieur. Nous nous bornons à la maison d'arrêt à réaliser les réparations de prothèses déjà existantes, ceci demandant beaucoup moins de temps et ne nécessitant pas de mise de fond particulière de la part du détenu. D'autre part, chaque cas est examiné de manière particulière et si l'état général du patient, confirmé par un médecin, nécessite de manière impérieuse et urgente la réalisation d'une prothèse lui permettant de retrouver une fonction manducatrice correcte dans les plus brefs délais, nous nous efforçons de réaliser cette prothèse.

Néanmoins il ne peut s'agir que de cas particuliers et dans l'état actuel des choses il n'est pas possible de consacrer le temps nécessaire à la réalisation des prothèses alors que nous avons tant d'attente au niveau des soins d'urgences.

D'autres facteurs vont encore limiter la réalisation des prothèses tels que l'accès à un laboratoire de prothèses dentaires. Le laboratoire vient chercher les prothèses au niveau de la grille d'entrée, lorsque nous les prévenons par téléphone qu'ils doivent passer à la maison d'arrêt. La prothèse en cours de réalisation doit donc être transportée depuis le cabinet dentaire, qui se trouve à l'extrémité de la prison, jusqu'à la grille d'entrée. Les praticiens ne pouvant passer 10 minutes dans un sens puis dans l'autre à porter ces prothèses, c'est en général, un cadre infirmier ou une infirmière qui se charge de les amener jusqu'à la porte d'entrée afin qu'elles puissent être récupérées par le laboratoire de prothèses. Or il arrive parfois que certains oublis fassent perdre encore du temps dans la réalisation des prothèses. Cette négligence est bien entendu spécifique de la prison puisqu'en cabinet normal le prothésiste passe généralement deux fois par jour, s'adresse à l'assistante qui lui remet immédiatement les prothèses en main propre.

74. Les hospitalisations

Les hospitalisations sont difficiles à mettre en oeuvre à partir de la prison en raison d'un manque de personnel disponible, à la fois personnel de surveillance de l'administration pénitentiaire, mais également personnel de police. En effet, tout détenu se rendant à l'hôpital sera accompagné par des surveillants mais également par une escorte de voiture de police et ceci nécessite du personnel supplémentaire impliquant que seule une ou deux hospitalisations par jour sont possibles. Sur l'ensemble des 1200 détenus, il est évident que vont surgir des hospitalisations d'urgence impérieuses en particulier lors de traumatismes graves ou de maladies cardio-vasculaires. Il est bien entendu toujours possible de faire intervenir sur place le SAMU mais, en ce qui concerne les consultations à l'hôpital, il est difficile de les obtenir et le délai d'attente est souvent important. Or nous avons besoin d'hospitaliser certaines personnes pour réaliser des extractions multiples sous anesthésie générale ou en cas de traumatisme de la face ou des maxillaires, nécessitant la pose d'une contention ou d'une réduction et enfin dans tous les cas où une radiographie panoramique dentaire est nécessaire. Cette radiographie, qui n'est pas réalisable au sein même de la prison., peut être demandée en cas de problème infectieux grave altérant l'état général ou en cas de suspicion de problème tumoral.

VIII. Le questionnement éthique

81. Problèmes éthiques liés aux dysfonctionnements dans la pratique

Le manque d'équité

L'accès aux soins constitue certainement le point le plus épineux pouvant poser problème au praticien dans cet exercice. A Loos nous avons à faire face à une surpopulation de détenus très importante qui, ajoutée au manque de praticien, va augmenter les délais d'attente pour l'accès aux soins. L'étude du vécu quotidien de notre exercice et l'analyse du "journal" que nous avons réalisé durant plusieurs semaines a permis de mettre en évidence les points qui vont encore aggraver des difficultés pour l'accès aux soins par les détenus. On pourrait considérer que l'accès aux soins ne présente pas un

caractère d'égalité et que le détenu souffre du fait de son incarcération d'un moins bon accès aux soins que s'il était à l'extérieur. Ceci est à nuancer. En effet, certains cabinets de ville où la clientèle est très importante, offrent les mêmes délais d'attente d'un mois ou plus pour les rendez-vous. D'autre part, la plupart des détenus, lorsqu'ils sont hors de la prison, ne consultent jamais un chirurgien-dentiste. Le toxicomane qui consomme des stupéfiants, ne souffre pas. Il n'éprouve pas de douleurs dentaires et n'a donc aucun souci de se présenter chez un chirurgien-dentiste, d'autant que le peu d'argent qu'il peut récolter lui sert à acheter sa dose quotidienne (10). Quant aux autres détenus non toxicomanes, la plupart n'ont jamais mis les pieds dans un cabinet dentaire avant de se présenter à celui de la prison. Leur discours est généralement celui-ci : "puisque je suis ici, j'en profite pour me faire soigner" ou encore "je vais me refaire une santé tant que je suis ici". Il faut donc nuancer cet état d'accès aux soins inégal par rapport à l'extérieur.

La pratique de la chirurgie dentaire en milieu carcéral ne pose pas tant un problème d'égalité dans l'accès aux soins qu'un problème d'équité. En effet la prison assure aux détenus des services auxquels ils n'auraient sans doute pas accès ailleurs qu'à la prison comme on vient de le voir. Par contre l'accès à la visite chez le chirurgien-dentiste peut être un enjeu dans les rapports de force entre détenus et ordre pénitentiaire. Il existe donc bien effectivement un manque d'équité dans l'accès des malades à la consultation. Si un détenu se montre un peu agressif ou désagréable à l'égard d'un surveillant, sa demande de soin peut très bien partir directement dans une poubelle. Un détenu calme et silencieux aura beaucoup plus de chances d'arriver rapidement à l'obtention d'un rendez-vous. Mais un détenu particulièrement agité (et donc dangereux puisqu'il risque de devenir un meneur) sera également vite satisfait. L'administration pénitentiaire va nous l'adresser de manière préférentielle en nous demandant, comme un service, d'intervenir, pour satisfaire ce patient exigeant, le plus rapidement possible.

Certains détenus, qui s'expriment mieux ou sont peut être plus polis, auront des chances meilleures d'arriver à leurs fins, tant auprès du secrétariat médical, que des infirmières ou du praticien lui-même. En effet, si un détenu s'adresse au praticien sur un ton agressif, soit qu'il ouvre la porte du cabinet dentaire de manière intempestive, soit qu'il nous arrête au détour d'un couloir, ses exigences ne seront pas prises en compte et sa demande ne sera pas satisfaite. Un dernier facteur est à prendre en compte, c'est celui du langage. La maison d'arrêt de Loos accueille en effet des détenus de toutes nationalités plus particulièrement des français, (en général d'origine maghrébine) mais également des hollandais, des anglais et d'autres nationalités, des roumains, des bulgares, des africains, toute personne en situation irrégulière ou sans papier. Certaines de ces personnes ne parlent pas un traître mot de français ou d'anglais et il est parfois très difficile de pouvoir établir un dialogue avec elles. Si on doit attendre l'arrivée d'un interprète, les choses n'évoluent pas rapidement et sont très peu conviviales, avec un manque de confidentialité certain.

Dimension punitive injustifiée

Il apparaît cependant que le système pénitentiaire, par l'intermédiaire de ses agents, ou par des intervenants extérieurs va peser doublement sur le sort du détenu. Il semble alors que son incarcération n'est pas "suffisante" et il sera en quelque sorte "puni" au sein même de la prison par des brimades volontaires ou non. Ces brimades peuvent consister en une impossibilité d'accès aux soins. Le praticien se trouve alors l'instrument involontaire et quasi obligé de cette punition illégitime. Michel Foucault écrit dans "Surveiller et punir"(1) que *la prison excède la simple privation de liberté et tend à devenir un instrument de modulation de la peine : un appareil qui, à travers l'exécution de la sentence dont il est chargé, serait en droit d'en reprendre, au moins en partie, le principe. Ce "droit" a été réclamé très tôt par les responsables de l'administration pénitentiaire, comme la condition même d'un bon fonctionnement de la prison, et de son efficacité dans cette tâche d'amendement que la justice lui confie. Le juge a besoin d'un contrôle nécessaire et rectificatif de ses évaluations ; ce contrôle, c'est celui que doit fournir la prison pénitentiaire. L'effet le plus important peut être du système carcéral, c'est qu'il parvient à rendre naturel et légitime le pouvoir de punir, à abaisser du moins le seuil de tolérance à la pénalité. Il tend à effacer ce qu'il peut y avoir d'exorbitant dans l'exercice du pouvoir et cela en faisant jouer l'un par rapport à l'autre les deux registres où il se déploie : celui légal, de la justice, celui extra-légal, de la discipline. En effet, la grande continuité du système carcéral de part et d'autre de la loi et de ses sentences donne une sorte de caution légale au mécanisme disciplinaire, aux décisions et aux sanctions qu'ils mettent en oeuvre. Le carcéral communique un type de pouvoir que la loi valide et que la justice utilise comme son arme préférée. La*

continuité carcérale et la diffusion de la forme-prison permettent de légaliser, ou en tout cas, de légitimer le pouvoir disciplinaire, qui esquivent ainsi ce qu'il peut comporter d'excès ou d'abus. La réaction de certains intervenants extérieurs à la prison peut également aller dans ce sens. L'égalité de tous devant la maladie et la mort est une marque de respect social et on a l'impression qu'à ce niveau le détenu n'a pas droit à cette marque de respect social. Ainsi par exemple, lorsque nous réclamons du matériel qui n'arrive pas à temps, il nous est arrivé d'entendre comme réponse "vous n'allez quand même pas exiger qu'on serve d'abord des gens qui sont en prison, qui ont tué ou qui ont violé, alors que les gens qui sont à l'hôpital n'ont pas toujours ce qu'il faut". Tout concourt à rappeler au praticien qu'il a devant lui un détenu et non un patient.

Ces hommes et ces femmes, qui exercent un métier difficile, doivent à la fois assurer des missions de sécurité, tout en restant humains. Ils refusent, dans leur ensemble, le terme de "maton" qu'on leur attribue bien souvent dans le public. Il semble, que c'est au quartier femmes, qu'apparaît de manière plus sensible ce côté humain du métier de surveillante. Les femmes étant beaucoup moins nombreuses, on les connaît mieux. Un autre facteur modifie l'ambiance de la détention chez les femmes, c'est la présence de très jeunes enfants. Les femmes incarcérées en cours de grossesse peuvent après leur accouchement, garder auprès d'elles le bébé jusqu'à 18 mois. A cet âge ils sont confiés à la famille ou accueillis par une institution.

82. La relation praticien-patient

Liberté de choix du praticien

Cette relation va démarrer sur des bases très particulières puisque le détenu n'a pas la liberté de choix du praticien. Il n'a pas non plus, comme il peut le faire chez lui, la liberté d'ouvrir une armoire à pharmacie et de prendre un antalgique en cas de douleurs. Il est obligé d'en passer par un médecin ou un chirurgien dentiste. La relation est également biaisée dès le départ par le fait du retard dans l'accès aux soins, ce qui va induire chez le détenu une réaction d'agressivité (5,12). Il entre généralement dans le cabinet dentaire en tempêtant et en s'indignant du fait que cela fait plus d'un mois qu'il a écrit et qu'il attend de passer.

Le stress du milieu ambiant, la pression subie, le rythme de travail qui confère parfois à "l'abattage", tout ceci va concourir à faire que le praticien va lui aussi adopter pratiquement sans s'en rendre compte un ton agressif et répondre à l'agressivité par l'agressivité. Le milieu ambiant influence également l'humeur et les réactions du praticien.

83. Modes particuliers de relation avec le patient

La relation est modifiée également par quelques éléments de base que le praticien exerçant au sein d'une maison d'arrêt doit garder en mémoire constamment. Il lui faut garder tout à la fois une courtoisie professionnelle sans tomber dans la familiarité. Le jeu institutionnel entre les détenus et les agents pénitentiaires et la dynamique de rapports de force qui en résulte vont modifier la relation entre le praticien (pris au milieu de cette dynamique de rapports de force) et le patient lui aussi. Le praticien, prisonnier (si l'on peut dire) du système ne peut dominer totalement la situation. Que doit-il accepter, à partir de quand doit-il s'insurger devant des pratiques "anormales" ? (13,14) . Paul RICOEUR dit dans " Ethique et morale " (15) : *" Le médecin consulté dans le cadre de la prison ne peut pas exercer à plein sa vocation définie par le devoir d'assistance et de soins dès lors que la situation même dans laquelle il est appelé à le faire constitue une atteinte à la liberté et à la santé, requise précisément par les règles du système carcéral. Le choix, pour le médecin individuel, est entre appliquer sans concession les exigences du serment d'Hippocrate au risque d'être éliminé du milieu carcéral, et consentir aux contraintes constitutives de ce milieu le minimum d'exceptions compatibles avec le respect de soi, le respect d'autrui et celui de la règle. Il n'y a plus de règles pour trancher entre les règles mais une fois encore, le recours à la sagesse pratique proche de celle qu'Aristote désignait du terme de phronesis (que l'on traduit par prudence), dont l'Ethique à Nicomaque dit qu'elle est dans l'ordre pratique ce qu'est la sensation singulière dans l'ordre théorique. C'est exactement le cas avec le jugement moral en situation "*

Il ne faut pas servir de messenger entre deux détenus. Il faut observer des règles de prudence et de vigilance lorsqu'on utilise un instrument tranchant ou piquant qui pourrait être dérobé, utilisé ou retourné contre le praticien. Cette ambiance de prudence obligatoire pour la sécurité va générer un sentiment de défiance, voire de méfiance chez le praticien. Ceci va bien entendu perturber la relation

entre le praticien et son patient. Lorsqu'un détenu qui présente un caractère de dangerosité importante, ou qui est isolé, nécessite des soins dentaires, il peut arriver qu'il soit vu dans le cabinet dentaire en présence de deux ou trois surveillants qui, exceptionnellement, pénètrent alors dans les locaux. Ceci n'est pas fréquent, c'est une dérogation au secret professionnel mais il est obligatoire d'en passer par là, peut être une ou deux fois par an, pour des détenus particulièrement dangereux... La relation entre le soignant et le soigné au sein de la prison va également être modifiée par l'attitude du soigné lui-même.

En effet, la plupart des détenus ne sont jamais allés dans un cabinet dentaire à l'extérieur ou, s'ils l'ont fait, se comportent d'une manière très particulière à l'intérieur de la prison.

Défiance envers le détenu

Dans les premiers mois de travail en milieu carcéral on est souvent "testé" par les détenus qui font des propositions de pots-de-vin, de drogue, ou des avances amoureuses! Il s'agit certainement là d'un genre de provocation ayant pour but de connaître les réactions du praticien. irait-il se plaindre ou pas auprès de l'administration ? Ces provocations contribuent à dresser une barrière de méfiance entre les détenus et le praticien. Ce n'est bien souvent qu'au bout du deuxième ou du troisième rendez-vous que s'établit réellement la relation de confiance entre le praticien et son patient, dans les conditions particulières de l'incarcération.

Cette relation peut également s'exercer dans un lieu complètement différent que le cabinet dentaire. L'architecture de la prison fait que l'on est au contact des détenus pratiquement dès le premier très long couloir que l'on traverse. L'infirmerie se trouvant à l'autre extrémité de la prison on a tout le loisir de côtoyer les détenus ailleurs qu'à l'intérieur du cabinet dentaire. C'est parfois là que se réalisent des échanges, je ne dirais pas amicaux, mais cordiaux, qui vont permettre à la relation de confiance de s'établir par la suite. Un autre facteur va venir modifier la relation soignant-soigné c'est la relation du détenu avec son avocat.

Le motif d'incarcération

Tout concourt à rappeler à l'esprit du praticien que son patient est avant tout un détenu, qu'il a été incarcéré en violation de la loi et qu'il doit payer sa "dette" envers la société. Le praticien ne connaît pas, en théorie, le motif pour lequel le patient qui se trouve en face de lui a été incarcéré. Ce motif figure parfois dans le dossier médical mais pas de manière systématique. Lorsque l'incarcération a été liée à un crime d'une nature particulièrement odieuse, la "réputation" du détenu le précède. Nous avons déjà évoqué, à ce propos, l'isolement des violeurs dans un quartier spécifique pour leur propre sécurité. Or nous avons connaissance, lors des consultations, de la position du détenu c'est à dire de quelle section il provient. On saura donc parfaitement, lorsqu'une personne se présente devant nous, si elle est en incarcérée pour un motif nous paraissant horrible.

A ce propos S.RAMEIX(11) écrit que Lévinas thématise "*l'obligation morale de soigner, avec tous les moyens dont on dispose, tout homme quel qu'il soit, même celui coupable du crime le plus odieux, même le terroriste, même le tortionnaire. Dans le colloque singulier, le patient est l'Autre, il est un absolu qui prime sur toute autre considération. La rencontre du visage et du regard de l'homme malade impose l'obligation de tout faire pour lui, indépendamment du "personnage" qu'il est. Il importe de s'abstenir de toute position personnelle, de tout jugement à partir de soi-même, et de se laisser "prendre" par l'autre, même si ce décentrement de soi-même sur un malade n'est pas psychologiquement facile.*"

Ayant par ailleurs à intervenir pour des expertises, par exemple dans le cadre de décès d'enfants après maltraitance, il est fort heureux que la loi ait prévu que l'expert et le praticien traitant du détenu ne soit pas une seule et même personne. Lorsqu'on est nommé expert dans une affaire de maltraitance à enfant pour des cas de morsures, il paraît quasiment impossible ensuite de soigner l'auteur présumé des faits. La loi de toute façon l'interdit et si le cas se produit, c'est mon collègue qui assure les soins sur la personne en question. Face à de tels détenus, l'attitude qu'on adopte n'est pas celle d'un refus de soin, l'acceptation d'un poste au sein de la maison d'arrêt ayant bien entendu pour préalable le fait d'accepter de soigner tous sans discrimination, mais le praticien se retranche derrière

le côté professionnel et devient uniquement un technicien de la dent. C'est-à-dire qu'il adressera le moins possible la parole au détenu et se contentera d'effectuer son travail de manière optimale certainement mais impersonnelle. C'est en quelque sorte comme si le praticien se disait "je te soigne par que c'est mon devoir, mais je le fais d'une manière froide et impersonnelle parce que je ne veux pas créer de relation de confiance avec toi étant donné ce que tu as fait, qui m'apparaît comme particulièrement odieux". Il y a donc de la part du praticien, un refus de dialogue. Ce dialogue a, selon JF MALHERBE (16) trois conditions nécessaires : la présence, la différence et l'équivalence. C'est le refus de l'équivalence par le soignant qui bloque toute possibilité de dialogue.

84. Le secret médical

La médecine et la chirurgie dentaire sont régies par des règles établies depuis des siècles. Ces règles et coutumes professionnelles et sociales ont donné naissance à des textes qui se sont imposés en règle de droit (code civil, code pénal, code de santé publique). D'autres règles sont internes à la profession comme le serment d'Hippocrate ou le code de déontologie. Le secret médical ou professionnel, commun à tous ces textes, constitue comme l'a dit RADOT "la pierre angulaire sur laquelle s'est édifiée la morale médicale". En ce qui concerne l'exercice médical en milieu carcéral, la notion de secret est reprise dans la charte d'Athènes de septembre 1978 (17). Alain PEYREFITTE a dit de la médecine en milieu pénitentiaire que c'était "*toute la médecine avec quelque chose en plus*". Le quelque chose en plus est inhérent à la nature du lieu où s'exerce ce type de pratique mais également aux acteurs particuliers qui y participent. Avant la loi de juillet 1994 (2), la santé des détenus était à la charge du Ministère de la Justice. Les praticiens (médecins, dentistes) étaient vacataires, rémunérés par l'administration pénitentiaire et donc plus ou moins assujettis à celle-ci. Le personnel infirmier était rémunéré également par l'administration pénitentiaire et les surveillants d'infirmerie participaient activement aux soins et à la distribution des médicaments. Tous avaient accès aux dossiers médicaux et dans ces conditions qu'en était-il du respect du secret ?

La loi de juillet 1994, qui a porté à la charge du Ministère de la Santé, la prise en charge sanitaire des détenus, implique la signature de conventions entre les établissements pénitentiaires et hospitaliers de proximité. A Lille, la convention a été signée entre le C.H.R.U. d'une part, et la maison d'arrêt et le centre de détention de Loos d'autre part. Ceci a permis l'ouverture au sein même de la prison d'une unité hospitalière nommée UCSA. Cette unité faisant partie du service de médecine légale et pénitentiaire, les praticiens médecins, dentistes, qui y travaillent sont tous praticiens hospitaliers. Le personnel para-médical et le secrétariat sont également des membres de ce service hospitalier sous la dépendance d'un chef de service hospitalier. Si la loi de juillet 1994 a permis d'améliorer la situation, il reste néanmoins beaucoup à faire dans la pratique quotidienne en ce qui concerne le respect du secret médical dans un lieu où tout se sait et se sait très vite.

D'autre part, depuis la mise en place de l'UCSA, les dossiers médicaux sont enfermés dans une salle d'archivage accessible au seul personnel médical et aux secrétaires et infirmières. Ces dossiers sont ouverts à la visite systématique d'entrée de chaque détenu et comportent l'état civil, le numéro d'écrou et les antécédents médicaux, les habitudes de vie et les facteurs de risque qui en découlent ainsi que les résultats des sérologies obligatoires (syphilis) ou proposées aux détenus (VIH, hépatite). Le dossier n'est donc plus accessible à la direction de l'établissement qui n'est pas non plus en droit d'interroger le personnel soignant sur une éventuelle pathologie d'un détenu comme cela se faisait parfois auparavant. Tout expert missionné par un juge d'instruction ne pourra consulter le dossier que par l'intermédiaire du magistrat si celui-ci juge opportun de saisir ce dossier. Dans les procédures civiles le dossier pourra être consulté par l'expert, si le détenu en formule la demande. Certains détenus sont en possession de documents médicaux lors de leur incarcération, ces documents sont alors retenus par le greffe qui n'avertit pas toujours systématiquement le praticien de l'existence de ces documents.

La transmission du dossier lors d'un transfert dans un autre établissement se fait sous pli fermé mais par l'intermédiaire obligé du surveillant qui accompagne le détenu lors du transfert. Il en est de même pour les consultations à l'hôpital sauf si en l'absence d'urgence, la correspondance a pu se faire de praticien à praticien par courrier. L'absence actuelle de ligne directe avec l'hôpital nous oblige à transiter par le standard de la prison où tout appel est enregistré et peut être écouté. A la sortie de prison, le dossier devrait théoriquement pouvoir être transmis au médecin ou au dentiste traitant. Dans la réalité, très peu de détenus se font suivre hors de la prison et lorsqu'un détenu émet le souhait que

soit transmis à son praticien des informations, nous rédigeons un courrier. Il serait évidemment souhaitable de le remettre en main propre au détenu mais ceci implique le risque que ce pli fermé soit ouvert par un surveillant zélé. Le plus souvent nous demandons au détenu de choisir : soit il prend le courrier lui-même avec le risque que celui-ci soit ouvert, soit nous lui proposons de faire parvenir nous-même le courrier par circuit extérieur. Les surveillants du quartier infirmerie assurent désormais la sécurité depuis le couloir et ne pénètrent plus dans la salle de soins, les salles d'examen médicaux ou le cabinet dentaire sauf de très rares exceptions où les impératifs de sécurité priment.

Néanmoins, les portes de chaque local médical sont vitrées et n'assurent absolument pas la confidentialité. Les médecins ont occulté ces portes contre l'avis de l'administration pénitentiaire. Dans le cabinet dentaire la situation est la suivante : les travaux récents ont permis l'installation d'un second fauteuil dentaire. Ceci permet à des étudiants de chirurgie dentaire de travailler en même temps que le praticien et donc de permettre un accès aux soins plus rapide aux détenus. Néanmoins ces deux fauteuils sont situés côte à côte, sans cloison les séparant, et il n'existe qu'une seule entrée au cabinet dentaire. Ceci implique donc que nous soignons deux personnes côte à côte en même temps. Il n'y a absolument pas de respect du secret médical et le code de déontologie de chirurgie dentaire n'est pas non plus respecté dans ce cas puisqu'il comporte un article précisant qu'il est impossible de soigner deux patients en même temps. Il devient difficile dans ce contexte d'évoquer les antécédents médicaux du détenu, si ce n'est de le faire à voix basse et en aparté. Néanmoins, et c'est un point qu'il faut souligner, les seules personnes qui trouvent ce système tout à fait agréable sont les détenus eux-mêmes. En effet, la présence d'un détenu sur chaque fauteuil leur permet lorsqu'ils se trouvent dans le cabinet dentaire en même temps qu'un de leur ami ou connaissance de faire en quelque sorte la conversation entre deux gestes du praticien et on dirait qu'ils papotent et font salon tout à fait à l'aise. Ainsi donc une situation qui paraît au praticien aberrante et qui ne pourrait absolument pas se rencontrer en pratique de ville, semble ici convenir tout à fait aux détenus eux-mêmes. Nous avons donc laissé la situation en l'état et avons abandonné l'idée de réclamer une cloison séparant des fauteuils puisque apparemment les détenus eux-mêmes s'en trouvent fort aise. Un autre aspect du secret médical peut être évoqué lorsqu'un détenu qui n'est pas incarcéré pour infraction à la législation sur les stupéfiants se présente à nous avec un état bucco-dentaire très dégradé et très suggestif d'une consommation de produit tel que l'héroïne.

Il est, avec l'habitude qu'ont les praticiens de ces pathologies du toxicomane, très facile de savoir si une personne a ou non consommé de l'héroïne (18,19) . Dans ce cas, nous essayons de parler avec le détenu en lui affirmant qu'il peut nous parler de sa toxicomanie et que ceci restera entre lui et nous et ne franchira pas les portes du cabinet dentaire. C'est ici me semble-t-il que la notion de secret médical reprend toute son importance puisqu'elle permet d'instaurer un climat de confiance entre le praticien, qui n'est alors plus considéré comme un partenaire de l'administration pénitentiaire ou de la justice, mais pleinement comme un personnel médical, et le détenu au sein d'un dialogue soignant-soigné. Un dernier point sensible en ce qui concerne le secret médical est celui des certificats médicaux que l'on nous demande de rédiger par exemple à la suite de traumatismes dû à des bagarres entre détenus. Dans ce cas, l'administration pénitentiaire, qui doit prendre des mesures disciplinaires, aurait tendance à faire pression sur le praticien pour connaître la teneur du certificat.

La rédaction de tels certificats réclame encore plus de rigueur et de prudence que dans un exercice normal. Dans la plupart des cas de bagarres entre détenus, nous soignons les dents lésées et les détenus règlent "leur compte" entre eux sans y mêler l'administration considérée, somme toute, comme le pire ennemi. Là encore il faut savoir préserver le secret et si le détenu préfère affirmer qu'il est tombé dans un escalier ou lors de la promenade, libre à lui de le faire plutôt que de lui imposer de révéler une rixe entre détenus. Il y a une situation bien plus délicate encore, c'est celle du détenu qui blesse un membre de l'administration pénitentiaire. Dans ce cas, à la pression de l'administration s'ajoute celle des syndicats de surveillants et la situation est très délicate à gérer. Il est bien évident que devant une telle situation il faut diriger le blessé vers la consultation de médecine légale extérieure à l'établissement pénitentiaire, consultation qui se trouve dans l'hôpital lui-même et non à la prison, afin que le certificat qui sera rédigé au gardien blessé ne soit pas rédigé par un médecin soignant les détenus eux-mêmes.

IX. Conclusion

L'analyse des pratiques quotidiennes et de leur dysfonctionnement a permis d'établir que les conditions de travail alliant une surcharge de travail pour les praticiens à un problème de surpopulation de la maison d'arrêt vont gêner l'accès aux soins. Il existe de ce fait un manque d'équité dans l'accès aux soins pour les détenus. L'institution punitive intervient dans une relation de soins entre le praticien et le patient. Le jeu institutionnel va outrepasser sa mission et apporter des éléments non légitimés de formes de punition qui vont venir renforcer l'isolement, l'exclusion du détenu déjà puni par la loi et mis au ban de la société.

Le praticien pris dans la dynamique des rapports de force entre l'institution et les détenus va devoir gérer la situation pour exercer sa pratique et ne pas laisser les détenus sans soins. Pris en otage par le système le praticien fera le choix de refuser d'intervenir dans des conditions qui ne seraient pas conformes à sa conception du respect de la dignité de l'être humain. Il lui faut s'adapter à ces conditions de travail particulières pour gérer les situations où les notions de respect de dignité et d'autonomie seraient mises à mal (11,15,20). Le cadre légal en vigueur depuis 1994 qui établit l'indépendance du praticien par rapport à l'administration pénitentiaire va l'aider à mener à bien sa mission de soins pour se rapprocher au plus près d'un exercice "normal" qu'il serait illusoire de vouloir reproduire au sein de la prison.

X. Bibliographie

1. Foucault M. (1993)

Surveiller et punir , *Gallimard Paris*

2. Décret n 94-929 du 27 octobre 1994 (annexe 11)

3. Saint-Eve E. (1994)

Soins dentaires en milieu pénitentiaire

Bulletin officiel du Conseil de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes, Janvier, 8-10

4. Gonin D. (1991)

La santé incarcérée

L'Archipel, Paris

5. Antonelli F. (1992)

Toxicomanie et souffrance morale

Dolentium Hominum, n19

6. Sauveur J.G.

Grève de la faim en milieu pénitentiaire. Retentissement sur la cavité buccale.

Thèse Méd., Paris VII, Clinique dentaire Garancière

7. Silvestre F.J., Bagan J.V., Del Omo J.A., Gimeno V. (1990)

Etat bucco-dentaire chez le patient accoutumé aux drogues : étude de 66 cas.

Actualités Odonto-Stomatologiques, 170: 299-305

8. Bernardini A.M., Camus J.P. (1983)

Etat bucco-dentaire chez le toxicomane.

Revue d'Odonto-Stomatologie, XII, 3 : 169-173

9. Actes du 1er congrès des médecins exerçant en milieu pénitentiaire

Nantes, 20, 21 mars 1997

10. Di Paolo M.C. (1992)

Le milieu pénitentiaire et la drogue
Dolentium Hominum, n19

11. Rameix S. (1996)

Fondements philosophiques de l'éthique médicale
Ellipses, Paris

12. Oddou S. (1990)

Soignants et toxicomanes : la rencontre de deux souffrances
Cahiers de droit et d'éthique de la santé, vol 1, n° 3-4

13. Buffard S., Barral O., Do J.P., Gonin D. (1984)

Le médecin en institution pénitentiaire
Médecine et Hygiène, n42, 1984, 1198-1200

14. Léry N., Chambaz H., Labarthe J.F. (1984)

Le personnel soignant face à la torture et aux traitements inhumains, cruels et dégradants
Médecine et Hygiène, n° 42, 20-24

15. Ricoeur P. (1991)

Ethique et morale
Seuil, Paris

16. Malherbe J.F.

Autonomie et prévention
Catalyses, Artel-Fides

17. Troisier S. (1993)

Médecine pénitentiaire et droits de l'homme
Bull. Acad. Natle Méd., 1993, 177, n° 6, 999-1012

18. Shapiro S. (1971)

Effects of heroin deprivation on oral health.
Oral Surgery, 32, 5 : 731-737

19. Lowenthal A.H. (1967)

Atypical caries of the narcotic addict.
Dental Survey 43 : 44-47

20. Bernard J. (1994)

La bioéthique
Dominos, Flammarion , Paris

21. Bécart.A, Hédouin V., Martin-Bouyer. L.,Révuelta.E., Gosset. D.

Oral state of health in drug addicts: a carceral survey in Lille, France
J Forens Odont-Stomat, 1997 (sous presse)

22. Mixson J.M., Eplee H.C., Jones J.J., Rico M. (1990)

Oral state of health of a federal prison population.
Journal of Public Health Dentistry, 50, 4

23. Di Cugno F., Perc C.J., Tocci A.A. (1981)

Salivary secretion and dental caries experience in drug addicts.
Archives of Oral Biology, 26 : 363-367

24. Salive M.E., Carolla J.M., Brewer T.F. (1989)

Dental health of male inmates in a state prison system.
Journal of Public Health Dentistry, 49, 2 : 83- 86

25. Cunningham M. A., Glenn R.E., Field H.M., Jakobsen J.R. (1985)
Dental disease prevalence in a prison population.
Journal of Public Health Dentistry, 45, 1 : 49-52

26. Colon P.G. (1972)
Dental disease in the narcotic addict.
Oral Surgery , 33, 6 : 905-910