

Perceptions de l'organisation et de la pratique des soins buccodentaires en milieu carcéral par les professionnels

Perceptions of the organization and the practice of dental healthcare by the professionals working in prisons

Philippine Coz^{1,2}, Antoine Couatarmanach^{1,2,3}

➔ Résumé

Introduction : Le rôle et la place des chirurgiens-dentistes en prison ont été très peu étudiés. Ces praticiens évoluent pourtant dans l'univers carcéral, très spécifique en raison d'une organisation marquée par la scission entre deux administrations, pénitentiaire et hospitalière. Les perceptions qu'ont les acteurs de chacune de ces administrations sur l'organisation actuelle des soins bucco-dentaires ainsi que les interactions entre ces professionnels aux cultures différentes constituent le champ d'analyse de cette étude.

But de l'étude : L'objectif de ce travail est d'évaluer les perceptions d'acteurs issus de l'administration hospitalière et de l'administration pénitentiaire sur la pratique des soins buccodentaires en milieu carcéral. Il a été construit en analysant 18 entretiens semi-dirigés réalisés auprès de directeurs d'établissement pénitentiaire, de conseillers d'insertion et probation, de médecins coordinateurs et de chirurgiens-dentistes. Pour cela, trois catégories d'analyse ont été établies regroupant tout d'abord les éléments contextuels puis les cultures de chacune des professions et enfin les interactions actuelles et potentielles.

Résultats : Cette étude identifie les chirurgiens-dentistes comme étant des acteurs spécifiques au sein des unités sanitaires. En effet, le rapport au corps, à l'image ainsi qu'à l'estime de soi, mais aussi un positionnement spécifique tant sur la question du secret médical que sur les besoins d'expertise du monde pénitentiaire rendent cet exercice particulier.

Conclusion : Les chirurgiens-dentistes pourraient être identifiés comme des intermédiaires utiles dans la construction d'interactions entre l'administration pénitentiaire et l'administration hospitalière grâce à la spécificité de leur pratique relevant du soin, mais également de la restauration de l'image et de l'estime de soi, identifiée comme un facteur de réinsertion.

Mots-clés : Santé orale ; Prison ; Rapports interprofessionnels.

➔ Abstract

Introduction: Few studies have been conducted on the role and position of dental surgeons in prisons. Interestingly though, dental surgeons perform in a peculiar working environment, since the organizations are divided into two administrative structures: penitentiary and hospital administrations. Stakeholders' perceptions of both the current oral healthcare organization in prisons and the interactions between prison and hospital administrations' professionals will be at the core of this study.

Purpose of research: This article aims at assessing hospital and penitentiary administration agents' perceptions of oral healthcare practice in prison. This assessment is based on the analysis of 18 semi-structured interviews with prison directors, integration and probation officers, coordinating physicians and dentists. To do this, three analytical categories were established containing first contextual elements, second each professional culture and last actual and potential interactions.

Results: Dentists were identified as specific agents within prison's sanitary units because of the separation between dentistry and other medical specialties. Indeed, the relation to the body, to self-image and self-esteem along with the specific positioning regarding medical secrecy and expertise required by prison staff make dentistry practice a separate field in prison.

Conclusion: The results of this study highlight dentists' specific positioning in prison sanitary units. They could be identified as helpful intermediaries in the building of interactions between penitentiary and hospital administrations thanks to the specificity of the dentistry practice which simultaneously provides health care and promotes the reconstruction of self-image and self-esteem, which are key factors of reintegration.

Keywords: Dental Care; Prison; Interprofessional.

¹ Pôle Odontologie – CHU de Rennes – Rennes – France.

² UFR Odontologie – Université Rennes 1 – Rennes – France.

³ Laboratoire Arènes (UMR 6051) – Rennes – France.

Introduction

Au 1^{er} janvier 2020, 82 860 personnes étaient écrouées pour un nombre de places disponibles de 61 080 [1]. La population carcérale française est quasi exclusivement masculine (96 % d'hommes), jeune (âge moyen de la détention : 34,6 ans) [2] et concentre des difficultés sociales et professionnelles précédemment identifiées comme facteurs de risques bucco-dentaires [3].

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

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

Les soins bucco-dentaires en milieu carcéral sont actuellement régis pas des accords entre les directeurs d'établissements pénitentiaires et les directeurs hospitaliers, sous le contrôle des agences régionales de santé (ARS) [9]. Depuis la loi du 18 janvier 1994, deux hiérarchies distinctes et cloisonnées opèrent dans les établissements carcéraux : l'administration pénitentiaire pour les problématiques liées à la détention et l'administration hospitalière au sein des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) en charge des soins et de la santé des détenus. Les chirurgiens-dentistes exercent au cœur des unités sanitaires dans des

cabinets aux conditions comparables à un exercice hospitalier ou libéral classique. Les acteurs de ces deux administrations présentent des cultures et des objectifs différents complexifiant leurs interactions pourtant quotidiennes.

La présente enquête vise à analyser le regard distinct porté par les professionnels de chacune des administrations, pénitentiaire et hospitalière. L'objectif est ici d'évaluer la singularité de ces regards en tentant d'en comprendre le fondement, pour chercher ensuite à améliorer les relations interprofessionnelles entre ces différents acteurs.

Matériels et méthodes

Cette étude a consisté en une enquête qualitative par entretiens semi-directifs [10]. Le protocole a été approuvé par le Comité d'éthique du CHU de Rennes (avis n° 20 117).

Les six établissements (figure 1) participant à l'enquête ont été sélectionnés suivant une logique de diversité géographique (six départements dans trois régions différentes), de types d'établissements (courtes peines et longues peines) et de profils de détenus (prisons pour hommes et pour femmes).

Dans chaque structure, la chercheuse s'est rapprochée du directeur d'établissement afin de recueillir son autorisation pour la conduite de l'étude et d'obtenir les coordonnées des potentiels participants. Une fois leur accord obtenu, les entretiens ont été programmés, pour la plupart au sein des établissements, après une visite de ceux-ci.

Afin de recueillir le point de vue des acteurs pénitentiaires, il a été décidé d'interroger des directeurs d'établissement et des conseillers pénitentiaires d'insertion et probation (CPIP). Ces derniers ont pour rôle d'accompagner les détenus dans leur parcours d'exécution de peine puis de préparer leur sortie et réinsertion. Ces missions impliquent une collaboration et une interaction avec le corps médical tout au long de la détention, mais également dans la préparation à la sortie, par exemple par la mise en place d'actions de santé prenant en charge l'ensemble des déterminants de santé dans le cadre d'une approche globale. Les directeurs ont quant à eux été identifiés comme des acteurs ayant une vision globale sur le fonctionnement de leur établissement, ils jouent un rôle dans la transmission des directives de l'administration pénitentiaire tout en étant quotidiennement confrontés aux interactions parfois difficiles entre agents pénitentiaires et médicaux.



Figure 1 : Cartographie de la localisation des établissements pénitentiaires de l'étude

Les entretiens se sont déroulés en face à face. Après un premier temps d'échanges visant à exposer le profil et la démarche de la chercheuse, une lettre d'information était systématiquement délivrée et l'autorisation explicite du participant recueillie. La suite des échanges était intégralement enregistrée au moyen d'un dictaphone numérique. L'objectif de ces entretiens étant de recueillir les perceptions des acteurs un guide d'entretien ouvert a été défini [11]. Les premières questions générales invitaient les interlocuteurs à amorcer leur discours par le sujet de leur choix, afin d'éviter les biais d'orientation et dans une logique de proximité [12]. Cette grille était structurée selon quatre grandes thématiques. Pour les membres de l'administration pénitentiaire, les questions portaient sur i) l'organisation, ii) le financement, iii) les considérations générales et iv) l'intérêt des soins pour les détenus. Quant aux membres de l'administration hospitalière, les questions abordaient i) leur parcours professionnel, ii) leurs conditions d'exercice, iii) leur pratique puis iv) leur analyse du fonctionnement des unités de soins et de leurs interactions avec l'administration pénitentiaire. Au fur et à mesure des entretiens, la chercheuse orientait les questions en fonction des problématiques qui avaient émergé lors des précédents entretiens [11]. Les travaux de recueil des données et de leur analyse ont été conduits de manière concomitante, et la programmation d'entretiens a été close lorsque l'analyse des nouveaux entretiens ne permettait

plus de faire émerger de nouveaux thèmes (Critères de saturation théorique définis par Glaser et Strauss [11]).

L'ensemble des entretiens a été intégralement retranscrit et codé manuellement selon une approche d'analyse conventionnelle de contenu [13]. La première phase d'analyse a visé à faire émerger de manière inductive certains thèmes à partir des codes initiaux. Ces thèmes ont été regroupés en trois grandes dimensions d'analyse. Ce travail a été conduit en partenariat avec un second chercheur, d'abord de manière indépendante puis par une mise en commun des interprétations lors de séances de travail communes. Dans un second temps, l'ensemble des retranscriptions a fait l'objet d'une nouvelle analyse, cette fois au prisme des thèmes et dimensions identifiés.

Résultats

Le tableau I regroupe les caractéristiques des 18 entretiens réalisés au cours de cette étude. Les entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail des participants sauf pour deux chirurgiens-dentistes entendus dans leur cabinet en ville ou dans une structure hospitalière. Le recrutement effectué a permis d'obtenir une diversité de parcours et d'âge des professionnels rencontrés. Les entretiens ont duré en moyenne 47 minutes (minimum 27 minutes, maximum 1 h 12).

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

Un contexte carcéral particulier

Lors de cette étude, trois paramètres ont été évoqués par les acteurs pour définir les spécificités et les difficultés de l'exercice en milieu carcéral.

L'impact de l'univers carcéral sur les acteurs

Le contexte de cette étude est tout d'abord défini par un univers, « la pénitentiaire », dont chaque acteur perçoit et revendique la spécificité. Cet univers carcéral aux limites

Tableau I : Caractéristiques des entretiens réalisés

	Numéro d'entretien	Durée de l'entretien	Genre	Âge
Chirurgien-dentiste	1	60	M	40-50
	2	43	M	40-50
	3	57	F	50-60
	4	32	F	50-60
	5	72	M	40-50
Directeur d'établissement pénitentiaire	6	30	M	50-60
	7	40 43	F	40-50
	8	43	F	40-50
	9	47	M	40-50
Médecin coordinateur	10	60	H	50-60
	11	67	F	40-50
	12	56	H	40-50
Conseiller d'insertion et de probation	13	55	F	50-60
	14	27	F	40-50
	15	47	F	30-40
	16	23	F	30-40
	17	44	F	40-50
Sous-directrice de l'hôpital en charge des affaires sanitaires	18	35	F	30-40

définies par les murs de la détention impose un contexte d'exercice atypique marqué par les contraintes :

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

Ces éléments apportent selon chacun des acteurs interrogés une perspective d'exercice singulière générant un sentiment de pesanteur et d'oppression spécifiques. Face à ces difficultés engendrant une ambiance propre à la détention, les acteurs se positionnent différemment, mais tous décrivent l'effet de cet univers sur leur quotidien. L'ambiance générale de la prison, le public des détenus, les contraintes sécuritaires et matérielles, sont décrits comme source de fatigue latente. D'abord compensée par une très forte implication personnelle, la fatigue s'impose et les acteurs s'essouffent :

« *Parce que c'est des lieux de travail qui bouffent quand même, quoi, on va pas se mentir, c'est quand même*

compliqué de travailler ici, il y a une ambiance générale, de la violence, il y a du turn over de personnel, il y a des manques de moyens permanents en permanence. Vous pouvez pas tenir dix ans en tout cas, c'est quelque chose qui m'interroge beaucoup. » (Conseiller pénitentiaire d'insertion et probation)

Des moyens insuffisants

Tous les acteurs ayant participé à l'étude ont déclaré être limités dans leurs moyens, notamment humains :

« *Il n'y a pas de candidat et ça n'attire pas.* » (Directeur)

Le manque de professionnels, criant au sein du personnel médical, impacte directement les acteurs en poste, qui assurent une charge importante de travail afin de compenser les absences de leurs collègues. Les problématiques de recrutement sont identifiées par différents responsables depuis longtemps, l'absence d'attractivité de ces postes constitue un élément marquant accepté avec résignation. Devant faire face à une très lourde charge de travail, chacun

se voit contraint de réduire son implication dans des projets, dans la mise en place de procédures nouvelles ou dans la pérennisation des actions existantes. Le manque de temps est décrit comme un facteur majeur de frustration pour tous les acteurs qui déplorent cette situation. En outre, l'insuffisance de moyens financiers apparaît comme une problématique récente. Les acteurs des deux administrations relatent les évolutions des modes d'évaluation et de valorisation de leur travail. Ces logiques nouvelles, représentatives des évolutions contemporaines de gestion et de management, mettent en difficulté une partie de ces acteurs engagés depuis de nombreuses années dans une activité répondant à des objectifs de service public :

« Ici, je n'avais pas ce problème, jusqu'à une époque récente [...]. Mais l'aspect financier à l'hôpital est arrivé. »
(Chirurgien-dentiste)

Des interactions complexes entre les deux administrations

Enfin, la formalisation croissante des relations, la multiplication des rapports formels et écrits alourdissent sensiblement les interactions. Non seulement cette tendance réduit le temps dévolu à l'échange interpersonnel, mais elle éloigne les professionnels les uns des autres. En manque de contact, les acteurs se sentent isolés et en difficulté pour communiquer aisément avec les différents services :

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

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

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

Chacune des professions apporte des réponses différentes à cet épuisement professionnel. L'administration

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

Le choc de cultures professionnelles singulières

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

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

Dans cette deuxième dimension, la chercheuse analyse la singularité de la culture hospitalière portée et revendiquée par les acteurs des unités sanitaires dans le cadre de leur exercice carcéral, et en son sein, l'identité culturelle spécifique des chirurgiens-dentistes qui se structure et se définit à travers le regard des autres acteurs.

La place spécifique de la culture hospitalière

La culture hospitalière regroupe ici les visions portées par les médecins coordinateurs ainsi que les chirurgiens-dentistes sur deux thématiques principales : l'identité propre de ces professionnels et le regard que leur groupe porte sur le parcours pénal du public qu'ils soignent.

• L'importance d'une identité distincte

Les professionnels de santé identifient des différences d'identité face à l'administration pénitentiaire qu'ils revendiquent. Les membres de l'unité sanitaire soulignent à de très nombreuses reprises que cette distinction est à leurs yeux essentielle pour pouvoir établir un contact et une relation de soin avec leur patient :

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

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

• *Le regard des professionnels sur le parcours pénal des publics qu'ils soignent*

Il a été discuté avec chacun des professionnels de santé de son appréhension du public auquel il est confronté. Au regard du parcours pénal de leurs patients, les thématiques du motif d'incarcération ainsi que de la sortie sanitaire sont les sujets les plus fréquemment évoqués par les acteurs rencontrés.

À propos du motif d'incarcération, les discours des soignants sont variés et dépendent de leur approche personnelle de l'univers judiciaire et carcéral. Faute de formation initiale commune sur ces thématiques, contrairement à une vision plus homogène de la part des membres de l'administration pénitentiaire, chaque professionnel de santé adopte une position individuelle qui ne permet pas d'observer une approche uniforme :

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

« Mais moi j'aimerais bien aussi m'occuper des agresseurs, enfin pas, parce c'est des agresseurs, mais en tout cas il n'y a pas de raison de ne pas s'occuper d'eux. » (Chirurgien-dentiste)

« Mais par contre je ne cherche pas du tout à savoir ce qu'ils ont fait, ça c'est quelque chose que... c'est pas mon but quoi, mon but c'est de les soigner et pour leur bien c'est tout. » (Chirurgien-dentiste)

De plus la question de la sortie sanitaire fait émerger des dissensions entre les acteurs. Certains prônent un accompagnement lors de cette phase de transition :

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

D'autres, au contraire, défendent une autonomisation et une prise de responsabilité de la personne lors de sa sortie :

« Ça fait partie de la réinsertion le patient doit être proactif, se prendre en main. » (Chirurgien-dentiste)

Cette culture hospitalière semble reposer sur un socle commun défini autour d'une identité propre différente de celle de l'administration pénitentiaire. Cette culture n'est pourtant ni uniforme ni monolithique, chaque professionnel disposant d'une importante marge d'appréciation et de jugement pour formuler un avis propre et personnel sur le monde carcéral et les objectifs de leur exercice.

Le regard porté par les autres acteurs sur les chirurgiens-dentistes

• *Le regard du monde pénitentiaire*

La présence des équipes soignantes au sein de la détention est soulignée comme nécessaire. Cette problématique est souvent analysée à la lumière de la future sortie, et donc de la réinsertion, sur laquelle les questions de santé, notamment orale, ont un impact important. Les professionnels hospitaliers sont identifiés comme ayant un positionnement différent de celui des membres de l'administration pénitentiaire, mais comme étant des acteurs à part entière dont l'intérêt et la place dans les établissements pénitentiaires ne sont plus à discuter :

« Ça me paraît fondamental et c'est vraiment un temps qui permet bien souvent aux personnes de se remettre à jour sur un certain nombre d'aspects médicaux et en particulier je pense au dentaire. » (Conseiller pénitentiaire d'insertion et probation)

La place des chirurgiens-dentistes en prison a tout d'abord été justifiée par la nécessaire prise en charge des douleurs dentaires. En effet, celles-ci complexifient l'organisation de la détention, les détenus en souffrance étant plus irritables, violents et moins enclins à dialoguer avec le personnel pénitentiaire. La gestion des problèmes bucco-dentaires favorise ainsi la sérénité de la détention :

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

Pourtant, un autre rôle des soins bucco-dentaires peut être identifié. Leur dimension esthétique influence en effet tant les rapports du détenu aux autres que sa relation à

lui-même, lui permettant ainsi une réappropriation de son corps. Ainsi, ces derniers se situent au carrefour de la prévention de la récidive, de la réinsertion et de la restauration de l'image de soi :

« *Bien sûr, c'est la prévention de la récidive, si le type rentre en détention il a les dents pourries, et qu'on n'a pas d'actions par rapport à ça, quand il va sortir il va se présenter à un employeur et il va lui dire quoi ?* » (Directeur d'établissement)

« *Non seulement de se réapproprier le médical et puis au-delà de se réapproprier son corps et l'image de soi, c'est particulièrement vrai pour le dentaire.* » (Médecin coordinateur)

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

« *Donc, tu penses bien que la maison d'arrêt, en plus le dentiste de la maison d'arrêt, c'est la 7^e, 8^e ou la 9^e roue du carrosse. Ils en ont pas grand-chose à faire.* » (Chirurgien-dentiste)

« *C'est à la fois traiter l'urgence, mais malheureusement ou heureusement, c'est pas que traiter l'urgence, mais ça c'est difficile à faire comprendre aux chefs à plume. Parce que pour eux, c'est ça. L'estime de soi, à la limite ils s'en foutent c'est pas ça la question.* » (Chirurgien-dentiste)

Enfin, bien qu'identifiés comme acteurs clefs au sein des établissements pénitentiaires, il est intéressant d'observer les discours des acteurs de l'administration pénitentiaire vis-à-vis de l'indépendance dont jouirait le corps médical dans sa pratique. La hiérarchie pénitentiaire est fondée sur un système très pyramidal de prise de décision. Le mode de fonctionnement des unités sanitaires et l'autonomie du corps médical leur apparaissent inhabituels, voire illégitimes :

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

le positionnement individuel de chacun prend moins de place. » (Conseiller pénitentiaire d'insertion et probation)

• *Le regard du monde extérieur*

Les acteurs de l'unité sanitaire soulignent le rôle du regard porté par leurs confrères sur leur pratique. L'absence de valorisation professionnelle et sociale ainsi que la transparence de leur activité sont évoquées. Ces soignants s'identifient eux-mêmes comme ayant une pratique à part et se sentent isolés du reste de leur communauté professionnelle. Le public qu'ils soignent, leur lieu d'exercice comme leur pratique restent majoritairement inconnus et incompris par leurs collègues :

« *La vision du corps médical ? Je pense qu'ils n'ont pas de vision, c'est zéro, on est transparent, on n'existe pas, ils savent même pas qu'on existe les trois quarts du temps, quand par hasard ils se rendent compte qu'on existe, ils se demandent bien qu'est-ce qu'on peut faire là-bas ?* » (Médecin coordinateur)

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

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

L'analyse de ces multiples cultures et regards souligne la diversité et l'hétérogénéité des matrices culturelles dans lesquelles s'inscrivent ces différents acteurs. Après avoir cherché à définir les contours de ces identités, il est à présent nécessaire d'étudier les modes de rencontre et d'interaction de ces professionnels.

Des interactions professionnelles aux multiples aspects

Cette dernière dimension d'analyse retrace les relations professionnelles actuelles des acteurs et imagine des potentialités nouvelles au regard des projets évoqués par les participants de cette étude.

Évolution des relations pénitentiaire/hospitalier

Le premier élément notable pour la compréhension des relations entre ces deux administrations est le regard porté

par le corps pénitentiaire sur l'évolution de la place des unités sanitaires en détention ainsi que sur la séparation entre les deux identités organisationnelles. Depuis 1994, le milieu médical est pleinement indépendant et évolue en toute autonomie, comme un service à part de la détention. Cette évolution portée par les professionnels de santé a entraîné d'importantes modifications de fonctionnement et de tutelle hiérarchique au sein des établissements. En effet, avant cette réforme, les professionnels de santé étaient sous la tutelle du directeur qui définissait les politiques de santé de son établissement. Il est intéressant de souligner que ces derniers approuvent le fonctionnement actuel :

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

Pourtant, malgré une valorisation générale de ce système, cette stricte distinction entraîne parfois des difficultés de synthèse pour l'administration pénitentiaire, qui souligne les difficultés et les ajustements complexes entre des professions aux objectifs différents :

« On est toujours à la croisée de ces chemins-là, c'est la vie d'un directeur de prison que de gérer les contradictions et Dieu sait si elles sont nombreuses dans un milieu comme ça. Et Dieu sait si entre les considérations sanitaires et les considérations pénitentiaires, il y a des contradictions. » (Directeur d'établissement)

Le secret médical

Les interactions entre les mondes hospitalier et pénitentiaire sont marquées par un point majeur d'achoppement : le secret médical. Malgré une distinction des objectifs et des rôles au sein de la prison ces professionnels partagent un certain nombre de problématiques. Le parcours pénal du détenu est ponctué de rencontres entre ces différents acteurs qui, bien que prenant en charge des aspects distincts de ce cheminement, se trouvent confrontés à des problématiques communes nécessitant des échanges. Ces derniers s'avèrent souvent complexes et la question du secret médical constitue un point de crispation, constamment évoqué :

« Le secret médical nous est quasiment systématiquement imposé. [...] On ne peut rien délivrer de ce qui est mis en place pour la personne, sans rentrer dans le détail, de peur de trahir la relation qu'il y a entre le soignant et le patient. » (Conseiller pénitentiaire d'insertion et probation)

Cette problématique dans l'échange d'informations entre professionnels donne lieu à plusieurs types de réactions. Certains revendiquent le secret partagé comme outil juridique mis en place et renforcé en 2016 par la loi de « modernisation de notre système de santé » reposant sur un secret professionnel commun de l'ensemble des fonctionnaires travaillant au sein des établissements pénitentiaires. D'autres adoptent une position de compromis et de dialogue en essayant de tenir compte des limites exposées par les membres de l'unité sanitaire :

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

Malgré ces difficultés de nombreux acteurs souhaitent améliorer le travail en commun et la compréhension de la culture de chacun. Pour cela, différentes propositions sont soulignées.

L'établissement de liens informels et la compréhension de la culture de chacun

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

« Moi, je vais vous faire un aveu, si le psychiatre, il veut pas venir en commission pluridisciplinaire unique, je m'en fiche. Ce qui importe, c'est les relations qu'on va pouvoir avoir au quotidien entre ses agents et les miens. » (Directeur d'établissement)

Après avoir précédemment objectivé la complexité et l'hétérogénéité des visions de chacun des acteurs, il semble nécessaire que les protagonistes puissent mieux appréhender les regards respectifs des différents partenaires. L'intérêt de recherches ainsi que d'un travail d'évaluation et d'analyse des différences de cultures professionnelles est mentionné par les acteurs qui affichent une volonté d'échanges mutuels. La méconnaissance des fonctionnements de l'autre est un nœud de difficulté identifié par les acteurs qui, bien souvent, souhaitent y remédier :

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

Dans ce but et afin de faciliter les échanges culturels, des acteurs clefs (assistantes sociales, psychologues, cadres de santé...) ont été identifiés. Leur position intermédiaire, à la frontière des professions et des pratiques, leur donne une place particulière, qui facilite ces interactions.

Des interactions facilitées

Afin de favoriser les interactions, plusieurs solutions ont été proposées telles que la fréquentation d'instances de rencontre ou de formations communes. Plusieurs membres de l'administration pénitentiaire souhaiteraient un renforcement du rôle du personnel médical dans l'élaboration du parcours pénal et dans une réflexion sur l'optimisation du temps passé en détention. Réciproquement, plusieurs professionnels de santé ont évoqué l'élaboration de projets communs comme des moments propices aux échanges :

« Ça, c'est important d'avoir des instances où on peut se croiser. On en a une notamment sur le parcours d'exécution des peines et l'unité sanitaire vient très rarement alors que c'est pile une instance où justement ça peut créer du lien. » (Conseiller pénitentiaire d'insertion et probation)

« On va débiter un travail sur l'image corporelle. Bien sûr qu'on va travailler un petit peu avec tout le monde, ça va être un gros projet et on va peut-être travailler un petit peu avec la pénitentiaire aussi parce que c'est important. » (Médecin coordinateur)

D'autres liens plus ponctuels ont été mis en exergue par les acteurs de terrain, comme les situations de crise. Par exemple, à la suite d'une agression par un détenu lors d'une consultation, le fait qu'un directeur d'établissement s'informe des difficultés rencontrées par les professionnels de santé permet de rappeler le rôle de cette administration garantissant la sécurité au sein de la détention. La réaffirmation de cette fonction ravive au quotidien la notion de « partenariat » et de « travail commun » :

« Mais je lui ai fait un petit mail pour lui demander si ça allait, que s'il voulait en discuter qu'il passe me voir. Ce qui est normal, ce que je ferai pour un de mes agents, ce que je

ferai pour un intervenant. Oui, c'est propre aussi à créer de la confiance, une confiance entre le médecin et l'administration pénitentiaire. » (Directeur d'établissement)

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

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

Discussion

Des travaux antérieurs avaient déjà souligné que les acteurs du milieu carcéral étaient issus d'univers culturels, sociaux et professionnels divers [14-17]. La réforme pénitentiaire de 1994, qui incarne le passage d'une *médecine pénitentiaire* à une *médecine en milieu pénitentiaire* a assurément permis une amélioration majeure des conditions sanitaires en détention [18]. Pourtant, plus de vingt-cinq ans après, la création de synergies entre des acteurs encore trop souvent enfermés dans un discours dual demeure difficile [2, 19-21]. Les deux ministères, de la Justice et de la Santé ont conjointement tenté de progresser sur la constitution de liens et d'objectifs communs [9, 20, 22-23]. Ils ont conçu des outils juridiques de partage de la connaissance [20, 23] tel que le secret partagé, qui reste cependant un point d'achoppement. Des professionnels médicaux, des associations ainsi que le Conseil de l'Ordre des médecins s'opposent à cette solution, qu'ils perçoivent comme un dévoiement du secret médical [24-26]. Les résultats de cette étude corroborent ces problématiques précédemment analysées dans la littérature.

Par ailleurs, des professionnels de l'administration pénitentiaire soulignent le double objectif de l'incarcération : sanctionner l'auteur de l'infraction, mais aussi préparer sa réinsertion [20, 22, 23]. Les directeurs de prison et les conseillers d'insertion et de probation sont nombreux à souligner au cours de ces entretiens la nécessité de mettre à profit le temps de la détention et leur volonté d'intégrer les membres des unités sanitaires dans l'élaboration d'un projet de détention. Dans cette optique, le principal résultat de cette étude concerne la spécificité des soins bucco-dentaires en prison. En effet, l'impact esthétique de ces soins joue un rôle singulier. En complément du soulagement de la douleur, le chirurgien-dentiste participe à la

restauration de l'image ainsi qu'à celle de l'estime de soi de chaque patient. Ces éléments constituent une dimension importante pour leurs interactions familiales et amicales, au cours de la détention et à l'extérieur. Les chirurgiens-dentistes pourraient se démarquer en tant qu'acteurs clefs pour la réalisation d'actions interprofessionnelles communes allant au-delà du soin somatique et prenant en compte l'ensemble des déterminants de santé. Le domaine de compétences du chirurgien-dentiste apparaît comme aisément intégrable aux actions menées par les conseillers d'insertion et probation : organisation d'un forum santé, actions de prévention en matière d'hygiène et d'alimentation, rendez-vous avec un psycho-esthéticien, atelier de bien-être. Ces actions font partie des compétences identifiées comme communes aux membres des deux administrations.

La santé orale apparaît alors comme un point d'entrée ouvrant à l'ensemble de ces thématiques. Plusieurs rapports ont décrit et analysé la situation actuelle des soins bucco-dentaires en milieu carcéral [2, 9]. Ils saluent une évolution positive des soins et une amélioration de l'offre, mais relèvent aussi le nombre insuffisant de praticiens, des conditions d'exercice complexes et surtout la vacance de poste : en 2013, 21 % des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) ont fonctionné avec moins de 50 % des postes budgétés et l'absence totale de chirurgiens-dentistes peut être observée pendant plusieurs mois [2]. Une vision élargie de l'exercice des chirurgiens-dentistes n'est cependant pas envisageable dans le contexte actuel où les effectifs sont à l'étiage. La conciliation des activités d'urgence et l'établissement de protocoles nouveaux aux périmètres élargis nécessitent en effet une politique de recrutement ambitieuse reposant à la fois sur les conditions matérielles d'exercice et la perception des professionnels exerçant en prison.

Bien que séparée de la détention, l'unité sanitaire reste malgré tout dans les murs de la prison. Les professionnels soulignent l'impact de cette vie quotidienne, au sein d'une institution totale [27]. Malgré des cultures professionnelles distinctes, les acteurs sont confrontés au même public, caractérisé par ses problématiques singulières : précarités, dégradation de l'état de santé, dégradation de l'image de soi, addictions, toxicomanie, marginalisation [28]. L'objectif de réinsertion du système carcéral et la nécessaire implication des acteurs médicaux dans ce dernier n'est que trop peu lisible pour permettre la mobilisation des acteurs autour d'un projet commun.

Cette étude s'est fondée sur des entretiens réalisés dans des établissements pénitentiaires au sein desquels exercent des chirurgiens-dentistes. Il est à noter un possible biais de sélection, dans la mesure où les personnes ayant répondu aux sollicitations d'entretiens sont des acteurs souvent intéressés et engagés. Certains ont évoqué des collègues désinvestis et contraints à l'exercice en milieu pénitentiaire. Ces profils n'ont pas pu être interrogés pour développer leur vision.

De prochains travaux pourraient viser à évaluer la perception et l'importance du secret médical ainsi que l'ensemble de ces problématiques aux yeux des détenus dans la construction de leur relation médicale. Des informations documentées à ce sujet pourraient apporter des réponses aux interrogations des professionnels. Il pourrait être envisagé de réaliser une enquête auprès des détenus.

Conclusion

Les chirurgiens-dentistes pourraient avoir un rôle déterminant dans les relations interprofessionnelles entre les administrations pénitentiaire et hospitalière grâce au statut et aux problématiques spécifiques qu'ils traitent. La santé bucco-dentaire représente un objectif réaffirmé dans chacune des stratégies de santé en milieu carcéral. À moyen et long terme, une vision élargie du chirurgien-dentiste en tant qu'acteur d'une santé globale jouant sur l'ensemble des déterminants de santé pourrait permettre la construction d'un projet carcéral commun aux deux administrations participant aux objectifs de réinsertion. Pourtant, à court terme, cet exercice et le renouveau qu'il implique sont limités par un contexte de vacance de poste, de limitation des moyens tant humains que financiers et de faible attractivité de l'exercice en milieu carcéral touchant les deux administrations étudiées. Le contexte général de la détention et les différences culturelles des professionnels rendent les interactions difficiles. En outre, les moyens budgétaires actuels ne permettent pas de dégager le temps et les moyens nécessaires à la mise en place d'actions communes nouvelles.

Aucun conflit d'intérêts déclaré

Références

- Administration pénitentiaire, bureau de la donnée. Séries statistiques des personnes placées sous main de justice : 1980-2020. Paris : Ministère de la Justice ; 2020. 65 p.
- Branchu C, Guedj J, Zientara-Logeay S, De Blasi M, Lopez F. Evaluation du plan d'action stratégique 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice. Paris : Inspection générale des affaires sociales, Inspection générales des affaires judiciaires (Fr) ; 2015. 176 p. Report N° : 2015-050R.
- Guarnizo-Herreño CC, Watt RG, Fuller E, Steele JG, Shen J, Morris S, *et al.* Socioeconomic position and subjective oral health: findings for the adult population in England, Wales and Northern Ireland. *BMC Public Health*. 2014;14:827.
- Union régionale des caisses d'assurance maladie Bretagne. État de santé et distribution des soins bucco-dentaires aux détenus en Bretagne. Rapport d'enquête ; 2007.
- Heidari E, Dickinson C, Newton T. An overview of the prison population and the general health status of prisoners. *Br Dent J*. 2014;217(1):15-9.
- Pegon-Machat E, Jourdan D, Tubert-Jeannin S. Inégalités en santé orale : déterminants de l'accès à la prévention et aux soins en France. *Santé Publique*. 2018;30(2):243-51.
- Watt RG, Daly B, Allison P, Macpherson L, Venturelli R, Listl S, *et al.* Ending the neglect of global oral health: time for radical action. *Lancet*. 2019;394(10194):261-72.
- Bedos C, Apelian N, Vergnes JN. Towards a biopsychosocial approach in dentistry: the Montreal-Toulouse Model. *Br Dent J*. 2020;228(6):465-8.
- Ministère de la justice, Ministère des solidarités et de la santé. Guide méthodologique : prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. 2017.
- Bongrand P, Laborier P. L'entretien dans l'analyse des politiques publiques : un impensé méthodologique. *Revue française de science politique*. 2005;55(2):73-111.
- Sifer-Rivière L. Enquêter par entretien : se saisir du discours et de l'expérience des personnes. *In* : Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé. Paris : Armand Colin, « U » ; 2016, p. 86-101.
- Paillé P, Mucchielli A. Choisir une approche d'analyse qualitative. *In* : Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris : Armand Colin ; 2012. p. 13-32.
- Hsieh HF, Shannon S. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*. 2005;15(9):1277-88.
- Heidari E, Bedi R, Makrides NS, Dickinson C, Newton T. Planning for future provision of dental services in prison: an international proposal of two systems. *Br Dent J*. 2014;217(4):177-82.
- Lechien MH. L'impensé d'une réforme pénitentiaire : Actes de la recherche en sciences sociales. 2001;1-2(136-137):15-26.
- Milly B. Les professions en prison : convergences entre individualisme méthodologique et interactionnisme symbolique. *L'Année sociologique*. 2001;51(1):103-36.
- Vanderstukken O, Garay D, Benbouriche M, Moustache B. Professionnels de la psychiatrie et de la pénitentiaire, le poids des représentations sociales : penser une articulation sans collusion ni clivage. *L'information psychiatrique*. 2015;91(8):676-86.
- Farges E. Dynamique professionnelle et transformations de l'action publique : Reforme l'organisation des soins dans les prisons françaises : les tentatives de spécialisation de la « médecine pénitentiaire » (1970-1994) [Thèse de doctorat en Science politique]. Lyon : Université Lyon 2 ; 2013.
- Farges E. Penser la réforme pénitentiaire avec Michel Foucault : Apports et limites à une sociologie politique de la loi du 18 janvier 1994. *Raisons Politiques*. 2007;25(1):101-25.
- Ministère de la justice, Ministère des solidarités et de la santé. Santé des personnes placées sous main de justice 2019-2022 : Feuille de route. 2019.
- David M. Le secret médical en prison et ailleurs : Un concept dépassé et ringard ou un désordre des esprits. *L'information psychiatrique*. 2015;91(8):662-70.
- République française. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé. *JORF n° 0022 du 27 janvier 2016*.
- République française. Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire. *JORF n° 0273 du 25 novembre 2009*.
- David M. Le secret médical en prison et ailleurs. Un concept dépassé et ringard ou un désordre des esprits. *L'information psychiatrique*. 2015;91(8):662-70.
- Association des professionnels de santé exerçant en prison. Mémoire sur l'échange/partage d'information entre personnels de santé et personnels pénitentiaires. 2019.
- Ordre national des médecins. Prison : menace sur le conseil médical. *Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins*. 2011;18:22-7.
- Goffman E. *Asiles : Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Traduction de Liliane et Claude Lainé. Paris : Éditions de minuit ; 1968.
- Watson R, Stimpson A, Hostick T. Prison health care: a review of the literature. *Int J Nurs Stud*. 2004;41(2):119-28.