
Année: 2012

N° 44

**BILAN BUCCO-DENTAIRE DES DÉTENUS
AU JOUR DE LEUR INCARCÉRATION
À L'ÉTABLISSEMENT PÉNITENTIAIRE POUR
MINEURS D'ORVAULT
(Janvier – Décembre 2011)**

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

*présentée
et soutenue publiquement par*

Raphaëlle JOURDAIN
née le 1^{er} Mars 1984

le 26 juin 2012 devant le jury ci-dessous

Président : Monsieur le Professeur Alain JEAN

Assesseur : Monsieur le Docteur André LAGARDE

Assesseur : Madame le Docteur Virginie BRULET

Directrice de thèse : Madame le Docteur Bénédicte ENKEL

Co-directrice : Mademoiselle le Docteur Cécile DUPAS

UNIVERSITÉ DE NANTES	
Président	Pr. Olivier LABOUX
FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE	
Doyen	Pr. Yves AMOURIQ
Assesseurs	Dr. Stéphane RENAUDIN Pr. Assem SOUEIDAN Pr. Pierre WEISS
Professeurs des Universités Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.	
Monsieur AMOURIQ Yves Madame ALLIOT-LICHT Brigitte Monsieur GIUMELLI Bernard Monsieur JEAN Alain	Monsieur LESCLOUS Philippe Monsieur SOUEIDAN Assem Monsieur WEISS Pierre
Professeurs des Universités	
Monsieur BOHNE Wolf (<i>Professeur Emérite</i>)	Monsieur BOULER Jean-Michel
Maîtres de Conférences des Universités	
Madame Cécile DUPAS	Madame Emmanuelle LEROUXEL
Maîtres de Conférences Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.	Assistants hospitaliers universitaires des C.S.E.R.D.
Monsieur AMADOR DEL VALLE Gilles Madame ARMENGOL Valérie Monsieur BODIC François Madame DAJEAN-TRUDAUD Sylvie Monsieur DENIAUD Joël Madame ENKEL Bénédicte Monsieur HOORNAERT Alain Madame HOUCHMAND-CUNY Madline Monsieur KIMAKHE Saïd Monsieur LAGARDE André Monsieur LE BARS Pierre Monsieur LE GUEHENNEC Laurent Madame LOPEZ-CAZAUX Séréna Monsieur MARION Dominique Monsieur NIVET Marc-Henri Monsieur RENAUDIN Stéphane Madame ROY Elisabeth Monsieur STRUILLOU Xavier Monsieur UNGER François Monsieur VERNER Christian	Monsieur BADRAN Zahi Madame BERTHOU-STRUBE Sophie Madame BORIES Céline Madame BOUVET Gaëlle Monsieur CAMPARD Guillaume Monsieur COIRIER François Monsieur DEUMIER Laurent Monsieur FREUCHET Erwan Monsieur FRUCHET Aurélien Madame GOAEMAERE-GALIERE Hélène Monsieur LANOISELEE Edouard Madame MALTHIERY Eve Monsieur MARGOTTIN Christophe Madame ODIER Amélie Monsieur PAISANT Guillaume Madame POUCH Daphné Madame RICHARD Catherine Madame ROY-HYON Isabelle Monsieur TOURE Amadou (Assistant associé)

Par délibération, en date du 6 décembre 1972, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'il n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	Erreur ! Signet non défini.
TABLE DES MATIERES	4
INTRODUCTION	7
CHAPITRE 1 CONTEXTE GENERAL	9
1.1 PRECARITE ET DELINQUANCE CHEZ LES JEUNES.....	10
1.1.1 Précarité : définitions	10
1.1.2 Situations de précarisation	11
1.1.3 Délinquance juvénile	11
1.1.4 Etat de santé et recours aux soins.....	12
1.1.5 Santé bucco-dentaire.....	13
1.1.6 Consommations addictives licites et illicites.....	14
1.2 JUSTICE DES MINEURS.....	14
1.2.1 Justice des mineurs en France : quelques notions.....	14
1.2.2 Sanctions applicables aux mineurs.....	16
1.2.3 Incarcération des mineurs	17
1.2.4 Chiffres nationaux	19
1.3 PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT POUR MINEURS D'ORVAULT (44)	20
1.3.1 Description.....	20
1.3.2 Population pénale	20
1.3.3 Personnel de l'EPM.....	21
1.3.4 La vie au centre de détention.....	22
1.4 LA SANTE EN PRISON.....	22
1.4.1 La loi du 18 janvier 1994	22

1.4.2 Principes et organisation des soins	23
1.4.2.1 Organisation des soins	23
1.4.2.2 Missions de l'UCSA	24
1.4.2.3 Le SMPR.....	25
1.4.2.4 Ethique et droit des malades	25
1.4.2.5 Droit des patients mineurs et place des parents	25
1.4.3 Protection sociale	26
1.4.4 Etat de santé	27
1.4.5 Politique de santé publique, promotion de la santé	28
1.4.6 Consommations addictives licites et illicites.....	29
CHAPITRE 2 ETAT DES LIEUX BUCCO-DENTAIRE DES MINEURS INCARCERES A	
L'ETABLISSEMENT PENITENTIAIRE POUR MINEURS D'ORVAULT.....	
	30
2.1 OBJECTIF DE L'ETUDE	31
2.2 MATERIELS ET METHODES	31
2.2.1 Variables recueillies.....	32
2.2.2 Analyse statistique	32
2.2.3 Présentation des différentes études réalisées sur la santé bucco-dentaire en France depuis 1999.	33
2.2.3.1 Etude de l'état bucco-dentaire de la population reçue au CES en 1999.	33
2.2.3.2 Prévention bucco-dentaire – Évaluation médicale du dispositif conventionnel dans la région des Pays de la Loire.....	33
2.2.3.3 Evaluation médicale de l'état de santé bucco-dentaire des adolescents de 15 ans dans la région Rhône-Alpes.	34
Le bilan bucco-dentaire: suivi prospectif d'adolescents en France. Etat de santé bucco-dentaire des adolescents de 15 ans en 1999	34
2.2.3.4 Evaluation de la réalisation du bilan bucco-dentaire conventionnel.	34
2.2.3.5 La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième en 2003-2004. Premiers résultats	34
2.2.3.6 Indicateurs de santé chez les collégiens et lycéens du Val-de-Marne, France, en 2005 : excès pondéral, atteinte carieuse et risque de dépression.	35
2.2.3.7 Evaluation médicale de l'examen bucco-dentaire en région Ile-de-France.	35
2.3 RESULTATS.....	35
2.3.1 Population cible et échantillon	35
2.3.2 Caractéristiques socio-démographiques.....	36
2.3.2.1 Âge.....	36
2.3.2.2 Niveau d'études des mineurs.....	37
2.3.2.3 Catégorie socio-professionnelle des parents.....	37

2.3.2.4 Situation familiale des parents.....	38
2.3.2.5 Fratrie	39
2.3.2.6 Lieu de vie.....	39
2.3.2.7 Perception de l'état de santé	40
2.3.3 Tabagisme et toxiques	40
2.3.4 Comportements alimentaires	41
2.3.5 Habitudes d'hygiène buccodentaire	42
2.3.6 Date et motifs de la dernière consultation dentaire	43
2.3.7 Etat de sante bucco-dentaire	44
2.3.7.1 Indice CAO	44
2.3.7.1.1 INDICE CAO	44
2.3.7.1.1 DENTS CARIEES	45
2.3.7.1.2 DENTS ABSENTES.....	48
2.3.7.1.3 DENTS OBTUREES	48
2.3.7.2 Évaluation de la santé parodontale	49
2.3.7.3 Anomalies dento-maxillaires.....	51
2.3.8 Besoin de soins à l'issue du bilan.....	51
2.3.9 Soins induits par le bilan bucco-dentaire	51
2.3.10 Récidives	52
2.4 DISCUSSION	52
2.4.1. Limites de l'étude	52
2.4.2. Inégalités en santé bucco-dentaire	53
2.4.2.1. Profils socio-démographiques des jeunes interrogés.....	53
2.4.2.2. Facteurs socio-économiques.....	56
2.4.2.3 Conduites à risque.....	58
2.4.2.4. Habitudes alimentaires	58
2.4.2.5. Hygiène et Etat de santé bucco-dentaires.....	59
2.4.3. Education à la santé.....	61
CONCLUSION	65
LISTE DES ABREVIATIONS	67
GLOSSAIRE	69
BIBLIOGRAPHIE.....	80
TABLE DES ILLUSTRATIONS	95
ANNEXES.....	97
ANNEXE 1	98

INTRODUCTION

La justice est reconnue comme une valeur universelle selon les Nations Unies. Néanmoins, pour chaque âge, elle a ses spécificités. La prise en charge judiciaire des mineurs en France, initiée par l'ordonnance du 2 février 1945, alimente constamment les débats publics. Les responsables politiques veulent faire évoluer les modes de prise en charge des mineurs, face à l'évolution de la délinquance, en adaptant, voire en renforçant, la répression et l'encadrement éducatif, sans oublier toutefois que celui-ci doit être prioritaire. Ainsi entre 2002 et 2007, nombreuses ont été les modifications des mesures pénales, entre les ajustements liés à la prise en charge carcérale et celles créées en alternative à l'incarcération.

L'ultime recours des tribunaux pour enfants, face à des comportements délictueux, est l'incarcération. Elle peut se faire dans les quartiers pour mineurs des maisons d'arrêt ou, depuis 2007, dans l'un des six Etablissements Pénitentiaires pour Mineurs (EPM), comme celui qui existe à Orvault (44). L'Administration Pénitentiaire assure la surveillance des personnes détenues et la particularité de ces EPM est d'avoir des éducateurs de la Protection Judiciaire de la Jeunesse pour la prise en charge éducative. La légitimité de cette dernière repose sur son appartenance au système de protection de l'enfance et sur son rôle dans la prise en charge des mineurs sous main de justice.

Alors qu'une justice adaptée et spécifique aux mineurs a été créée par rapport à celle des majeurs, il a fallu faire évoluer la loi dans le domaine de la santé en prison, pour qu'elle se rapproche autant que faire se peut, du système de santé de droit commun. Le fait que des personnes soient incarcérées ne doit pas les pénaliser vis-à-vis de leur santé.

Suite à la prise de conscience du mauvais état de santé des personnes détenues et des conditions sanitaires carcérales déplorables, par les institutions chargées du contrôle sanitaire des prisons (Inspection Générale des Affaires Sociales et services déconcentrés du ministère chargé de la santé), une première étape est franchie en 1986 dans la réforme de l'organisation des soins en prison. Ainsi la création des Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) rattachent les services psychiatriques pénitentiaires aux hôpitaux. L'aboutissement de cette évolution arrive avec la loi du 18 janvier 1994, qui prévoit la prise en charge de la santé des détenus par le service public hospitalier, par l'intermédiaire des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA), au sein même des établissements pénitentiaires.

A propos de la santé bucco-dentaire, les campagnes nationales de prévention et d'éducation à la santé, réalisées depuis plusieurs dizaines d'années, ont permis d'améliorer de façon très probante l'état de santé bucco-dentaire de la population française. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) fait la même observation pour l'ensemble des pays industrialisés. Pourtant, la santé des personnes les plus défavorisées est alarmante. Ce sont, sans conteste, les catégories socio-professionnelles les moins aisées, les familles dissociées et très nombreuses qui sont les plus vulnérables.

Les raisons qui amènent ces personnes à un état de précarité, voire d'exclusion, sont multiples. Mais quelles qu'elles soient, elles conduisent à des situations néfastes pour leur santé. Les enquêtes sociales relèvent que nombreux sont ceux qui évoquent le renoncement aux soins pour des raisons financières et plus particulièrement aux soins bucco-dentaires.

Le travail exposé dans cette thèse présente les données qui ont été relevées par les professionnels de l'UCSA exerçant à l'EPM d'Orvault, au cours du bilan de santé bucco-dentaire d'entrée, systématiquement proposé aux adolescents nouvellement incarcérés. L'objectif de ce travail est de déterminer si l'état de santé bucco-dentaire des jeunes de 14 à 17 ans révolus, incarcérés à l'EPM d'Orvault, est plus alarmant que celui des adolescents de la population générale et si oui, dans quelle mesure ?

CHAPITRE 1
CONTEXTE GENERAL

1.1 PRECARITE ET DELINQUANCE CHEZ LES JEUNES

1.1.1 Précarité : définitions

Le *Haut Comité de Santé Publique** (HCSP), en 1998⁷⁹, puis le Secours Catholique dans son rapport d'octobre 2011¹⁰⁴, s'inquiètent de la proportion croissante des jeunes en situation de précarité en France. Cette spirale, initiée au sein des familles par les contraintes financières, englobe les difficultés liées à la formation, au chômage, au logement et à la santé.

En 1999, le HCSP reprenait la définition de la précarité donnée en février 1987 par le Père Joseph Wresinski¹¹⁴ (fondateur d'ATD Quart Monde), « *comme un état d'instabilité sociale, caractérisé par la perte d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux* ». Depuis, cette définition socio-administrative a été complétée par Catherine Sass¹⁰² du Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examens de Santé (Cetaf - Saint-Étienne). Elle lui préfère le score individuel de mesure de la précarité, le score EPICES, créé par les Centres d'Examens de Santé (CES). Celui-ci tient compte des différents éléments de fragilité sociale : « *sexe, âge, nationalité, niveau d'études, situation professionnelle, composition du ménage, logement, protection sociale, santé perçue, revenus, loisirs, difficultés financières,*

* Les expressions en italique suivies d'un « * » renvoient au glossaire page 76

insertion sociale, recours aux soins, situation matérielle et évènements graves de l'enfance ». Ainsi, étant axé sur les situations sanitaires individuelles, ce score repère plus justement les défaillances médicosociales.

1.1.2 Situations de précarisation

Le processus de précarisation est donc multifactoriel, lié à une accumulation et une interdépendance des facteurs de risque^{71,79}. Il peut engendrer un état d'exclusion pour les populations qui l'endurent. Plus vulnérables, elles sont davantage susceptibles de subir une perte des repères, nécessaires à l'intégration, à la reconnaissance de soi et au maintien de la vie sociale. Ce mal-être fait barrage aux valeurs morales familiales et collectives et accroît le sentiment d'abandon affectif^{55,101}. Il empêche la projection dans l'avenir et entraîne des comportements sociaux déviants, violents et transgressifs³⁹. Certaines personnes incarcérées témoignent que d'importants dysfonctionnements familiaux, associés aux facteurs de précarité déjà cités, sont à l'origine de leur entrée dans le parcours *délinquant**¹⁶.

1.1.3 Délinquance juvénile

D'un point de vue sociologique, un rapprochement entre les facteurs de risque de la précarité et ceux de la délinquance peut être fait. Il faut évoquer les problèmes socio-économiques au sens large, qui amplifient les conflits et accélèrent l'échec des relations intrafamiliales. Les comportements observés, notamment chez les jeunes, sont en marge des valeurs constructrices de la société et transmises par les institutions. La volonté de fuir la misère, annoncée par la perspective quasiment inévitable du chômage⁸⁹, est propice à la montée de la délinquance juvénile, de même que la rupture des liens familiaux. Cette situation est plus souvent retrouvée au sein des familles nombreuses, voire très nombreuses, qui sont fréquentes dans la population précarisée. Aussi en milieu carcéral, les détenus sont statistiquement davantage issus de familles nombreuses que le reste de la population générale⁹⁰.

1.1.4 Etat de santé et recours aux soins

La politique de santé menée en France depuis des dizaines d'années tend à faire diminuer les inégalités de santé par des mesures facilitées de recours aux soins. D'importantes campagnes de prévention et de dépistage ont également été mises en place dans différents domaines médicaux. Pourtant ces inégalités croissent à mesure que l'écart des conditions de vie entre les plus riches et les plus pauvres se creuse. L'espérance de vie à 35 ans constitue un exemple des plus pertinents. Effectivement, chez les hommes, elle est de 47,2 ans supplémentaires pour les cadres et les professions intellectuelles supérieures contre 42,3 ans pour les employés, 40,3 ans pour les ouvriers et seulement 30,4 ans pour les inactifs non retraités. L'écart existe aussi chez les femmes du même âge mais dans une moindre mesure. De la même manière, les cadres et professions intellectuelles et les personnes qui ont un niveau d'études plus élevé déclarent moins de problèmes de santé chroniques ou de caractère durable que les catégories socio-professionnelles moins aisées et les personnes avec un niveau d'études plus bas³⁴.

Les facteurs de risque d'une mauvaise santé, perçue ou avérée, sont davantage présents chez les personnes en situation de précarité. Ceci est dû à un accès plus limité à l'éducation à la santé, aux conditions de vie et de travail plus néfastes et qui favorisent les comportements à risque. Les systèmes mis en place pour garantir un accès aux soins à tous semblent donc insuffisants pour empêcher ces profondes disparités¹⁷. A ce propos, une étude réalisée en France entre 1995 et 2002⁸⁷, montre qu'il existe une relation significative entre la précarité et les indicateurs relatifs à la mauvaise santé et aux comportements de santé.

L'enquête sur la santé et la protection sociale de 2008 établit un rapport de proportionnalité entre le score EPICES, l'état de santé général dégradé des populations précaires et le renoncement aux soins².

Les enfants d'aujourd'hui sont les adultes de demain ! Le HCSP⁷⁹ relevait en 1998 que, malgré une diminution de la mortalité au cours de la petite enfance, la France devait être attentive et réactive aux problèmes de santé qui apparaissent plus tard. C'est alors que les inégalités de santé entre les jeunes se creusent, à l'image des inégalités entre les classes sociales les plus favorisées et celles qui sont les plus fragiles. L'éducation, la prise en charge

et le suivi de leur santé sont des missions dévolues aux institutions familiale, scolaire et urbaine.

Le suivi de l'état de santé en France en 2008, montre que le taux de renoncement aux soins dentaires et optiques augmente dans les ménages d'employés et d'ouvriers, dans les familles nombreuses et monoparentales et dans celles qui n'ont ni complémentaire privée, ni *Couverture Maladie Universelle – Complémentaire** (CMU-C). Typiquement, ce sont les personnes dont le niveau des revenus est suffisamment bas pour pouvoir bénéficier de la *Couverture Maladie Universelle** (CMU) et de sa complémentaire (CMU-C), ainsi que celles qui sont juste au dessus des minima d'attribution, qui servent de référence pour évoquer les situations de précarité³⁴.

1.1.5 Santé bucco-dentaire

D'après les résultats des nombreuses enquêtes sur la santé bucco-dentaire des français, réalisées ces dernières années, il existe une réelle différence entre les personnes en situation de précarité et les personnes dites « non-précaires ». Effectivement, le rapport de *l'Observatoire régional de la santé** des Pays de la Loire (ORS) de 2000¹¹, montre de façon très explicite, l'écart, relatif au nombre de dents cariées non soignées, qui existe entre ces deux populations, chez les patients des *Centres d'Examens de Santé**. Chez les hommes, 52% des consultants « précaires » présentent au moins une dent cariée non soignée contre 26% chez les consultants « non-précaires » et chez les femmes, les « précaires », présentent au moins une dent cariée non soignée dans 39% des cas, contre 20% des consultantes « non-précaires ». Les études de S. Azogui-Lévy⁶ et de ses collaborateurs menées dans des hôpitaux parisiens, abondent dans ce sens en démontrant quelques différences incontestables : en 2003, les « patients précaires » avaient plus de dents absentes et non remplacées (45% *versus* 21%), plus d'inflammation gingivale (83% *versus* 61%), davantage de plaque et de tartre (80% *versus* 58%) et moins recours aux soins, que les « patients non précaires ». En 2000⁵, sur l'ensemble des motifs de déclaration de renoncement aux soins pour raisons financières, 46% concernaient les soins et prothèses dentaires et l'orthodontie. En complément, l'étude atteste que, par défaut de soins, le risque est de voir se dégrader l'état de santé bucco-dentaire plus rapidement.

Finalement, la littérature est unanime : il existe un rapport incontestable entre la situation de précarité et la déficience de l'état bucco-dentaire de la population française.

1.1.6 Consommations addictives licites et illicites

La vulnérabilité sociale, du fait de la précarité, peut être responsable des déviations comportementales délictueuses, associées à l'usage excessif d'alcool, de tabac, voire de drogues illicites. Les *Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues** (CAARUD), qui suivent particulièrement les plus marginalisés, reconnaissent qu'en 2008, 17,4% de leurs usagers ont été incarcérés au moins une fois dans l'année, ce qui entrave leurs suivis psycho-social et sanitaire. Les jeunes issus des milieux précaires, fragiles et influençables, en désinsertion sociale, sont les plus exposés à ces conduites à risque. Ils sont plus susceptibles de céder à la tentation qu'offrent ces consommations d'oublier un temps leurs difficiles conditions de vie^{15,79}.

Les adolescents, qu'ils aient eu un parcours scolaire difficile voire écourté, ou une vie familiale bouleversée par la séparation ou la perte d'un parent, ou encore qu'ils aient quitté le domicile familial, sont les plus nombreux parmi les jeunes fumeurs et consommateurs de cannabis. Cette constatation est à rapprocher des jeunes consommateurs réguliers d'alcool qui ont un parcours et un profil socio-économique semblables. Cependant ce sont les enfants issus de milieux sociaux plus aisés qui, du fait de leurs moyens financiers, peuvent accéder plus facilement à ces produits addictifs⁶⁹.

1.2 JUSTICE DES MINEURS

1.2.1 Justice des mineurs en France : quelques notions

L'ordonnance du 2 février 1945⁶⁸, relative à l'enfance délinquante, organise depuis plus d'un demi-siècle la justice et les sanctions adaptées aux mineurs. Elle instaure le statut de *juge des enfants** (Art. 4) et organise la comparution des mineurs devant le *tribunal pour enfants** (Art. 1). Les mesures de condamnation, qui sont prises, doivent privilégier l'éducatif

sur le répressif (Art. 2) : c'est le fondement de la justice des mineurs, aujourd'hui encore. La responsabilité pénale peut être atténuée en fonction de leur âge.

Selon le rapport du Sénat de 2002¹⁰³, relatif à la délinquance des mineurs, malgré les critiques faites à la famille et l'école, « institutions pilier » chargées d'inculquer l'éducation à la morale et à la civilité aux jeunes, il ne peut être envisagé, dans la lutte contre la délinquance, de les tenir à l'écart des programmes d'éducation et de resocialisation destinés à leurs enfants. Ce rapport, paru avant la réforme instaurée par la loi Perben du 9 septembre 2002, souligne que les mineurs condamnés à la prison, ont le droit à une prise en charge éducative constructive, adaptée et complète, y compris sanitaire, en vue d'assurer leur réinsertion.

La loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002, « détermine les mesures de protection, d'assistance, de surveillance et d'éducation dont les mineurs peuvent faire l'objet », [...] ainsi que « les sanctions éducatives, les peines auxquelles peuvent être condamnés les mineurs de treize à dix-huit ans »⁶⁴.

Dans la loi du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs⁶⁵, seuls les mineurs de plus de 13 ans peuvent être condamnés à une peine de droit commun. Ils bénéficient de « l'excuse de minorité » qui réduit de moitié la peine, sauf dans les cas de récidive légale chez les plus de 16 ans.

RECIDIVE LEGALE¹⁰⁶

*« Il faut, en matière délictuelle, une condamnation définitive suivie d'une nouvelle infraction identique à la précédente ou assimilable à celle-ci, commise dans les cinq ans suivant l'expiration ou la prescription de la peine. Le délinquant en état de **récidive légale** encourt alors le doublement des peines maximales inscrites dans le code pénal.*

*Les autres infractions commises après une condamnation définitive relèvent de la notion de **réitération**.*

Entre mineurs et majeurs, les réalités sont très différentes. En effet, en 2005, 2,6 % des adultes condamnés en matière criminelle et 6,6 % des adultes condamnées en matière correctionnelle étaient des récidivistes au sens légal. En revanche, 30 % des personnes majeures condamnées en 2005 avaient déjà fait l'objet d'une condamnation.

Le contraste est encore plus marqué pour les mineurs, entre un taux de 0,6 % de récidive mais de 55 % de réitération. »

L'ordonnance de 1945 relative à l'enfance délinquante et modifiée par la loi de 2007 prévoit un suivi éducatif et pédagogique, adapté à leur personnalité.

1.2.2 Sanctions applicables aux mineurs

La direction de la *Protection Judiciaire de la Jeunesse* (PJJ)* est compétente pour « *l'ensemble des questions intéressant la justice des mineurs* » (décret du 9 juillet 2008 relatif à l'organisation du ministère de la justice⁶³) et a pour mission de mettre en œuvre le droit à l'éducation pour les mineurs délinquants. Elle applique les *décisions judiciaires civiles** et *pénales** aux mineurs, dans des structures du *secteur public** ou dans le *secteur associatif habilité**. Il peut s'agir d'une mesure de *réparation**, *d'investigation**, de suivi socio-éducatif, *d'insertion** ou d'un *placement**. Ce dernier peut alors s'effectuer dans un *Etablissement de Placement Educatif** (EPE, plus communément appelé « foyer »), dans un Centre Educatif Renforcé (CER), dans un *Centre Educatif Fermé** (CEF). Enfin, le tribunal peut statuer en faveur d'une peine d'emprisonnement, qui s'effectuera au sein d'un Etablissement Pénitentiaire pour Mineurs (EPM) ou en quartier des mineurs en maison d'arrêt^{62,80}. Conformément à l'article 5 du décret relatif aux établissements et services du secteur public de la PJJ du 6 novembre 2007⁶², les EPE « *accueillent des mineurs délinquants ou en danger et des jeunes majeurs. Ils peuvent procéder à des accueils sans délai ni préparation ou à des accueils préparés, d'une dizaine d'adolescents*». Ils comprennent au minimum⁸⁰:

- une Unité Educative d'Hébergement Collectif (UEHC). Ceux-ci permettent l'accueil d'urgence (sans délai ni préparation) ou l'accueil préparé, de mineurs sous mandat judiciaire.
- une Unité Educative d'Hébergement Diversifié (UEHD). Ce sont les hébergements individuels en structure collective (foyer de jeunes travailleurs, résidence sociale, réseau des fermes d'accueil à dimension sociale) et les hébergements en famille d'accueil.

- voire des Unités Educatives - Centre Educatif Renforcé (UE-CER) prévus pour 6 à 8 mineurs délinquants, encadrés en permanence sur une période maximale de 6 mois.

Les EPE, peuvent être suppléés par des Unités Educatives d'Activités de Jour (UEAJ), l'ensemble formant alors les *Unités de Placement Educatif et d'Insertion** (EPEI). Outre les activités pédagogiques (scolaires, professionnelles, culturelles et sportives) qu'elles proposent, elles veulent préparer les adolescents, dont elles ont la charge, à intégrer le système régulier de formation.

Les CEF accueillent exclusivement les mineurs délinquants. Ils constituent une alternative à l'incarcération, et rendent donc nécessaire l'accompagnement permanent des adolescents. S'ils ne respectent pas les conditions et les obligations de leur placement, ils peuvent être placés en détention^{62,80,95}.

Depuis le 26 décembre 2011, il existe, pour les mineurs de plus de 16 ans, auteurs de délits, la possibilité d'effectuer un « *service citoyen* » dans le cadre militaire des *Etablissements Publics d'Insertion de la Défense** (Evide). La peine prononcée d'un minimum de 6 mois ne peut excéder 12 mois et le juge doit obtenir l'accord du *prévenu** et de ses parents⁶⁶ (Art. 1, 2, 3).

Les services du secteur public de la PJJ supervisent et mènent, par le travail des éducateurs, des actions d'éducation, d'intégration scolaire et socio-professionnelle, de suivi de détention, pour le développement personnel des mineurs et des jeunes majeurs. Ils exercent aussi une mission de permanence éducative auprès des tribunaux, mettent en œuvre les mesures d'investigation que ceux-ci demandent et des actions de prévention de la délinquance⁶².

La justice des mineurs a pour vocation d'estimer si leur comportement met en danger leur intégration sociale. Elle doit veiller à la protection des jeunes en danger si la conduite de leur entourage est un risque pour leur intégrité²⁵.

1.2.3 Incarcération des mineurs

La loi d'orientation et de programmation pour la justice⁶⁴ prévoit, en complément des quartiers pour mineurs des maisons d'arrêt, la création de 400 places au sein des Etablissements Pénitentiaires pour Mineurs pour l'emprisonnement des mineurs

délinquants, récidivistes et violents. Ces structures sont organisées en pôles éducatif, sportif et de soins¹. Ils favorisent la réalisation des programmes établis en vue de la réinsertion des détenus en situation d'exclusion. Ils sont placés sous l'autorité de l'administration pénitentiaire, qui travaille en collaboration avec la protection judiciaire de la jeunesse, les ministères de l'éducation nationale et de la santé⁸². Cet encadrement personnalisé est assuré par des éducateurs et des enseignants. Le système de soin lui-même, est indépendant des institutions pénitentiaire et judiciaire. Le personnel médical coordonne les actions de santé au sein de l'établissement.

La famille est tenue au fait des progrès et des difficultés du détenu, concernant sa scolarité, sa formation, ses activités professionnelles, grâce au suivi individualisé⁶¹ (Art. D515. Décret 2007 – 749, 9 mai 2007). Les structures, adaptées à l'accueil et au maintien des liens familiaux, doivent faciliter l'implication de la famille dans l'action éducative tout au long de la détention⁸¹. Néanmoins, dans son rapport de 2011, le Sénat fait mention des différences notables qui existent dans les rapports familiaux, en fonction des régions. Ainsi dans le Nord et l'Ouest de la France, la cellule familiale, comme modèle d'unité et de soutien social, semble moins évidente que dans la région Marseillaise⁹⁵.

Eu égard aux droits qu'ils ont vis-à-vis de leurs enfants et ce malgré la détention, les titulaires de l'autorité parentale, ou leurs représentants légaux, sont consultés et leur avis est systématiquement recherché pour toutes les décisions importantes prises durant l'incarcération^{58,61}. Dans son rapport sur la responsabilité pénale des mineurs³², Christine Courtin (Maître de Conférences à l'Université de Nice-Sophia Antipolis) insiste sur la nécessité de « resocialisation » de ces adolescents : elle justifie ainsi toute la démarche éducative de ces établissements qui prévaut sur la répression.

En 1998, le *Comité de Prévention de la Torture* (CPT)* rappelait que les mineurs, notamment ceux privés de liberté, sont plus vulnérables que les adultes. Il soutient ainsi des notions déjà acquises par la convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant de 1989. Il encourage la détention de ces mineurs dans des centres adaptés aux particularités de prise en charge qu'impose leur jeune âge.

Les EPM français seraient donc conformes aux recommandations du CPT (alinéa 28 du rapport), quant aux spécificités architecturales et matérielles, socio-éducatives et relationnelles qu'ils affichent²⁸.

Les Règles Pénitentiaires Européennes (RPE)²⁷, révisées en 2006, visent à harmoniser les politiques pénitentiaires des états membres du Conseil de l'Europe. La justice française, s'appuyant sur ces recommandations, insiste sur la nécessité de séparer les mineurs, des majeurs détenus (c'est ce qui a présidé à la création des EPM, la séparation entre quartiers majeurs et quartiers mineurs n'étant pas toujours parfaitement assurée) et qu'ils aient accès, entre autre, à des programmes socio-éducatifs complets (RPE 35.1, 2 et 4).

Gilles Chantraine²¹, chargé de recherche au CNRS-CLERSE, a voulu recenser les trajectoires de vie de mineurs incarcérés dans deux maisons d'arrêt et un centre pénitentiaire et déterminer ainsi les raisons qui les ont conduits à dépasser les limites acceptables pour la société. Finalement son enquête met en exergue deux causes indépendantes. Soit le mineur se retrouve incarcéré du fait d'une « *rupture biographique* », sans avoir conscience du risque qu'il encoure (ou en le sous-évaluant). N'ayant jamais eu auparavant de déboires judiciaires, ceci peut être considéré comme un accident de parcours dans un entourage qui n'a, a priori, jamais connu ce genre de problèmes. Mais l'enfermement est le plus souvent la conséquence inéluctable d'une trajectoire inexorablement délinquante, justifiée par « *la pauvreté, la déscolarisation, la délinquance de misère et la nécessité de survivre* ». Elle serait vue comme une alternative à une « *vie honnête mais misérable* ».

1.2.4 Chiffres nationaux

Les mineurs écroués détenus représentent 1,1% des personnes détenues en France au 1^{er} septembre 2011^{14,95}. Sur ces 1,1%, 44% sont *condamnés** et 56% *prévenus**. Le nombre de mineurs incarcérés a tendance à décliner depuis 2002 (826 contre en 661 en septembre 2011) malgré un pic en 2005 alors que le taux de réponse pénale est lui en augmentation¹¹⁰. Selon les chiffres de l'administration pénitentiaire, au 1er janvier 2011, 91% des mineurs écroués ont plus de 16 ans⁵⁴.

Entre 2005 et 2009, selon un rapport du Sénat⁹⁵, une augmentation régulière annuelle des condamnations pour atteinte à la personne est observée (127 à 149) ainsi que celles pour atteinte aux biens, qui passent de 78 à 113. La majorité de ces incarcérations est le fait de mineurs récidivistes (61%) et la durée moyenne des condamnations prononcées a

été évaluée à 2,5 mois en 2009 (58,2% à moins de 6 mois d'emprisonnement ; 28% entre 6 mois et 1 an ; 13,9% au moins 1 an). La part des mineurs détenus en EPM au 1er janvier 2011 s'établit à 34% contre 66% incarcérés dans les quartiers pour mineurs des maisons d'arrêt.

1.3 PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT POUR MINEURS D'ORVAULT (44)

1.3.1 Description

Suite à la décision de créer des structures de détention pour les mineurs, indépendantes des maisons d'arrêt pour adultes, la commune d'Orvault a été choisie pour accueillir un de ces établissements. Ouvert depuis février 2008, isolé du centre-ville, il permet d'accueillir soixante détenus mineurs, ayant selon la loi entre treize et dix-sept ans révolus. Ceux qui atteignent leur majorité pendant leur incarcération à l'EPM peuvent demander à être maintenus lorsqu'ils sont condamnés et qu'il leur reste moins de 6 mois à faire.

Actuellement, une quarantaine d'adolescents, uniquement des garçons, sont incarcérés au sein des cinq unités d'hébergement de dix places chacune. Une sixième unité était prévue à l'origine pour les adolescentes mais elles sont finalement placées à la Maison d'Arrêt pour Femmes de Nantes. Enfin quatre cellules sont regroupées dans une unité « quartier disciplinaire ». Hormis ces unités d'hébergement « individuelles », l'établissement dispose d'un terrain de sport et d'un gymnase, d'un pôle socioculturel, d'un pôle santé et d'un pôle parloir.

1.3.2 Population pénale

Dans notre enquête, en tant que soignants, nous n'avons volontairement pas relevé la nature des infractions commises. En 2008, selon le rapport du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté¹⁰⁹ (CGLPL), ils venaient pour une majorité de la région des Pays-de-la-Loire et tous du « Grand-Ouest » jusqu'au Havre et Paris pour les plus éloignés. La plupart est incarcérée pour une période inférieure à trois mois mais elle peut aller au-delà

d'un an. Les infractions commises sont très diverses mais ce sont les vols et recels, les violences, viols et agressions sexuelles et les infractions à la législation des stupéfiants qui étaient majoritaires en 2008.

1.3.3 Personnel de l'EPM

L'enfermement de personnes nécessite de faire appel à du personnel qualifié et aux compétences très variées¹⁰⁹.

Les personnels relevant de l'administration pénitentiaire sont théoriquement soixante-seize. Ce sont des fonctionnaires, certains ont un poste fixe (surveillants, moniteur de sport, greffe et service des agents, chef de détention et ses adjoints). D'autres sont organisés en équipes de jour et de nuit.

Le directeur du service éducatif dépend de la Protection Judiciaire de la Jeunesse et coordonne les autres agents relevant eux aussi de la PJJ. Il y a une articulation entre les services de la PJJ et de l'Education Nationale, supervisés par le directeur de l'établissement pénitentiaire. Les services de santé restent indépendants mais sont en relation avec la direction de l'établissement.

Chaque éducateur de la PJJ (trente à l'EPM d'Orvault) forme un « binôme » avec un surveillant. Des chefs de service éducatifs, une psychologue, un éducateur technique et une secrétaire relèvent également de la Protection Judiciaire de la Jeunesse.

Des membres de l'éducation nationale, encadrés par un personnel de direction, assurent l'éducation scolaire des détenus : douze professeurs des écoles et professeurs de lycées professionnels, de différentes disciplines (générales et techniques) et une conseillère d'orientation.

L'emploi du temps hebdomadaire de chaque jeune est préparé par le directeur adjoint de l'unité pédagogique régionale de Rennes, responsable de l'enseignement.

L'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires, indépendante des services pénitentiaires, emploie pour l'EPM une équipe, dont les membres sont, pour la plupart, présents à temps partiel. Elle est constituée de trois praticiens hospitaliers (deux médecins et un chirurgien-dentiste), d'une assistante dentaire, d'un cadre infirmier, de deux infirmiers, d'une secrétaire médicale. Deux psychiatres, deux infirmiers en psychiatrie et un psychologue dépendent du Service Médico-Psychologique Régional (SMPR).

Enfin interviennent, dans le cadre de l'intendance, de la maintenance et du nettoyage, des membres d'une société prestataire, société d'investissement de gestion et de services (SIGES).

1.3.4 La vie au centre de détention

A son arrivée à l'établissement, le mineur détenu intègre directement le « bâtiment arrivant » pour une durée de sept jours. Il n'a alors pas accès aux divers pôles de la même façon que les détenus plus anciens.

Les garçons sont hébergés en cellules individuelles. L'entretien des cellules est assuré par les mineurs eux-mêmes. Ils peuvent se procurer des produits d'hygiène, des produits alimentaires (dont des boissons, des bonbons, des gâteaux et barres chocolatées) et des produits culturels (presse, musique) en passant commande à la « cantine »¹⁰⁹.

En 2008, 78% des mineurs de l'EPM d'Orvault étaient déscolarisés et le taux d'illettrisme était de 35%. L'obligation de scolarisation est une nécessité pour la démarche de réintégration, inhérente aux centres de détention. Les familles sont d'ailleurs informées de l'emploi du temps et de la progression de leur enfant. Rappelons que la loi française rend l'école obligatoire jusqu'à 16 ans. Des classes-atelier accueillent les mineurs et les réintègrent progressivement dans le système scolaire selon le principe de la formation par alternance. D'autres groupes de scolarisation permettent, entre autre, de préparer des diplômes (certificat de formation générale, diplôme national du brevet, CAP et BEP). Des plages horaires sont prévues pour le sport scolaire et les autres activités sportives. Un pôle d'activités socio-éducatives a été aménagé avec, notamment, une salle de spectacle, une bibliothèque, des salles multimédia, d'arts plastiques, de relaxation et un atelier infographie.

Le quartier disciplinaire permet d'isoler les détenus qui commettent une faute disciplinaire prévue par le Code de Procédure Pénale.

1.4 LA SANTE EN PRISON

1.4.1 La loi du 18 janvier 1994

En 1993, constatant que la population carcérale est très vulnérable quant à sa situation sociale et sanitaire, le HCSP a fait des propositions pour l'améliorer²⁴. Elles aboutissent à la loi relative à la prise en charge sanitaire des détenus du 18 janvier 1994. Avant la réforme, dès le début de leur incarcération, les détenus n'étaient plus bénéficiaires de la sécurité sociale. Un budget était alloué à l'administration pénitentiaire (dépendant du ministère de la justice), pour la prise charge de leur santé. Le personnel médical et infirmier intervenant en prison était employé par le ministère de la justice⁴⁵.

La mesure principale de cette nouvelle loi a été d'intégrer dans le réseau pénitentiaire, le service public hospitalier, relevant du ministère de la santé. S'ajoutent à cette réforme, l'affiliation obligatoire de tous les détenus au régime général de sécurité sociale et l'augmentation significative des moyens humains et matériels mis à la disposition de leur santé^{67,98}. Il existe une collaboration entre l'Agence Régionale de Santé (ARS), les services pénitentiaires, l'établissement pénitentiaire et l'établissement de santé, pour établir les modalités d'intervention de l'établissement public de santé dans le milieu carcéral. Il assure auprès des détenus, les examens de diagnostic, les soins, les actions de prévention et d'éducation pour leur santé⁵⁷.

Du point de vue de la justice, la population carcérale n'est privée que du « *droit d'aller et venir librement* ». Il n'est pas admissible, au nom du respect de la dignité humaine, qu'elle n'ait pas accès à des services de santé lui assurant des soins de qualité égale à ceux réalisés en milieu libre. En 2006, ce principe est repris dans les Règles Pénitentiaires Européennes (40.5). En matière de santé il ne peut exister de discrimination liée à la situation judiciaire¹⁰⁷.

Un rapport réalisé par les ministères de la santé et de la justice en 1997 met en avant l'amélioration de la qualité des soins en milieu pénitentiaire depuis cette réforme⁶⁰.

1.4.2 Principes et organisation des soins^{45, 83, 91,98}

1.4.2.1 Organisation des soins

La mise en pratique de la loi de 1994 a nécessité de faire appel à des intervenants du service public hospitalier. Le CHU a pour mission la prise en charge globale de la santé des patients détenus grâce aux équipes pluridisciplinaires de l'unité de Consultations et de Soins

Ambulatoires et du Service Médico-Psychologique Régional. Elles assurent respectivement les soins somatiques et les soins psychiatriques. En cas de nécessité, le service public hospitalier assure à l'hôpital, l'hospitalisation du patient ou certaines consultations spécialisées. L'administration pénitentiaire met à disposition de l'établissement de santé, dans l'établissement pénitentiaire, les locaux que lui-même équipe pour qu'il puisse assurer sa mission sanitaire.

Chaque membre de l'équipe soignante, n'est présent que sur certaines plages horaires. Une permanence de soins est assurée par SOS Médecin. Concernant l'EPM d'Orvault, en cas d'urgence, le SAMU 44 peut être contacté. Les médecins généralistes sont présents pour des permanences cinq demi-journées par semaine. Les infirmiers peuvent être consultés quotidiennement alors que le chirurgien-dentiste n'est présent que deux demi-journées par semaine.

Une consultation médicale à l'entrée en détention est systématiquement réalisée. Ensuite, les détenus qui souhaitent une consultation avec l'un de ces professionnels en font la demande par écrit ou en passant par l'infirmière. Si leur état de santé le nécessite, ils sont hospitalisés.

Cette équipe hospitalière pluridisciplinaire garantit la qualité et le suivi des soins. Elle dépend du pôle des urgences.

1.4.2.2 Missions de l'UCSA

La prise en charge des soins somatiques au sein des établissements pénitentiaires est régie, selon la loi, par un protocole visant l'accomplissement de missions de santé, en collaboration avec les établissements de santé référents. Les missions de l'UCSA sont : les soins aux personnes incarcérées, la prévention, l'élaboration et la coordination des actions de promotion de la santé, les consultations réglementaires (consultations d'arrivants, consultations de sortants, visites des personnes placées au quartier disciplinaires et au quartier d'isolement). Lors d'une incarcération, les personnes détenues ont accès sur place aux consultations de médecine générale et spécialisée, aux soins dentaires, à la gestion des urgences. L'extraction vers un établissement de santé est organisée si l'état de santé du patient le nécessite (examen, intervention chirurgicale...). La plupart des détenus arrivant dans ces établissements pénitentiaires, a eu une vie chaotique et tourmentée, aggravée par des conduites à risque, vivant très souvent dans des conditions précaires et délaissant de

fait, sa santé. Les pathologies sont les mêmes que celles de la population générale. En revanche leur prévalence est supérieure et elles apparaissent de façon plus précoce⁹. C'est l'une des particularités de l'exercice médical en détention. Afin de faire prendre conscience au détenu de l'importance de s'en préoccuper, y compris une fois libéré, l'UCSA coordonne des programmes d'éducation à la santé et de prévention. A ceux-ci, s'ajoute une aide au suivi sanitaire, avec un accès aux dispositifs de soins de droit commun après leur détention.

La loi prévoit également, après consentement, un bilan médical et dentaire à l'entrée en détention pour dépister toute affection, organiser les soins nécessaires ou assurer leur continuité.

1.4.2.3 Le SMPR

Au moins un personnel de l'équipe du SMPR est présent tous les jours¹⁰⁹. Les rencontres avec les adolescents ont lieu au pôle santé. Dès leur arrivée, un premier entretien avec l'un des personnels de psychiatrie est effectué, il sera suivi d'un second après l'installation en unité de vie : proposés systématiquement, ils vont permettre éventuellement de déceler toute souffrance psychique. Des soins plus longs pourront alors être poursuivis.

1.4.2.4 Ethique et droit des malades

Tous les soignants exerçant en prison sont soumis aux règles déontologiques qui régissent leur profession. Ils respectent la dignité de leurs patients et les principes de démocratie sanitaire et de secret professionnel selon les dispositions de la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé. Elle impose pour toutes les personnes malades sans discrimination, un égal accès aux actes de soins, de diagnostic et de prévention que nécessite leur état.

Malgré cela, la facilité d'accès aux soins et le libre choix du soignant, renforcés par la loi, sont discutables. En effet, les détenus ont la possibilité de se faire soigner uniquement par les soignants de la prison et, sauf urgence, en adressant un courrier à l'UCSA^{31, 91}.

1.4.2.5 Droit des patients mineurs et place des parents

Comme pour n'importe quel jeune, la prise en charge de la santé d'un mineur détenu est conforme aux directives de la loi de mars 2002 qui rappellent celles du rapport du CPT^{28,31}. Il convient de le rendre acteur de sa santé. Ainsi l'information sur son état de santé lui est fournie en fonction de son âge et de sa maturité. De même les soignants tiennent compte de son avis en recherchant systématiquement son consentement pour les soins dans la mesure où il est apte à exprimer sa volonté et à participer aux décisions (article L.1111-4 du Code de Santé Publique - CSP). Cela étant, même si le mineur peut exercer un droit de refus, les titulaires de l'autorité parentale⁵⁷ restent les décideurs des soins qui lui sont donnés (article L.1111-2 du CSP et art. 371-1 du code civil, art L.1111-5 du CSP). La loi l'autorise par dérogation, à se faire accompagner par une personne majeure de son choix^{61,100,107}.

1.4.3 Protection sociale

Toutes les personnes détenues, y compris les adolescents, sont affiliées au régime général de la sécurité sociale dès le premier jour de leur incarcération, même s'ils ont moins de 16 ans et quel que soit le régime, dont ils relevaient avant leur incarcération (articles L381 à L381-30-6 du Code de la Sécurité Sociale).

C'est à la caisse d'assurance maladie, dont dépend l'établissement pénitentiaire, qu'est affilié le patient détenu. C'est au SPIP chez les détenus majeurs et à la PJJ concernant les mineurs, de renseigner ces patients sur l'affiliation à leur arrivée en détention ainsi que sur leurs droits à leur libération. Effectivement, à leur sortie, ils retrouvent leur qualité d'ayant-droit dans le régime de leur tuteur s'ils sont âgés de moins de seize ans. Sinon la Caisse Primaire d'Assurance Maladie prolonge leurs droits durant un an⁶⁷. Cette affiliation leur donne droit à la prise en charge financière partielle, par l'assurance maladie (article R. 711-10 du CSP), des soins dont ils bénéficient pendant la durée de leur incarcération. Le ticket modérateur reste à la charge du patient³⁰. Il semblerait que cette information ne soit pas nécessairement connue par les personnes concernées, tant du côté des professionnels en relation avec les détenus, que par les détenus eux-mêmes. Cependant le Code de Procédure Pénale prévoit la possibilité d'une prise en charge de la part restante des soins par l'administration pénitentiaire dans le cas où la personne détenue ne pourrait y subvenir.

Cette prise en charge est laissée à l'appréciation de l'administration pénitentiaire dont dépend le patient, au même titre que les éventuels dépassements d'honoraires. Les personnes incarcérées peuvent bénéficier de la CMU-C dont le droit d'affiliation se fait sur critères de ressources et de résidence.

1.4.4 Etat de santé

Il existe très peu de données sur l'état de santé des adolescents détenus en France. Aussi, il nous semble important de préciser l'état de santé de la population carcérale d'un point de vue général en incluant les données qui concernent les adultes. Certains mineurs détenus, à partir de leur majorité seront transférés dans des centres pénitentiaires pour personnes majeures.

En 2005 une étude sur la santé des 14–20 ans pris en charge par la PJJ, mais qui exclut ceux incarcérés, nous donne une idée de la santé de ces mineurs placés sous main de justice²⁵. Il en ressort que ces jeunes seraient moins dépressifs que ceux de la population scolaire mais auraient un taux de tentative de suicide supérieur (la dépression et les tentatives de suicide sont dans tous les cas bien supérieures chez les filles). Selon l'enquête de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) en 2003, 12,1% des adolescents arrivant en détention avaient besoin d'une consultation en psychiatrie, sachant que 4,5 à 8%, selon les études, ont un traitement par psychotropes^{45,88}.

Accumulant les facteurs de risques socio-économiques et sanitaires en milieu libre, les détenus adultes ont proportionnellement davantage de problèmes de santé que la population générale³⁶. Entre 1997 et 2003, la proportion d'entrants en prison jugés en mauvais état de santé est stable (1,7%). De même, en 2003, ils étaient beaucoup moins nombreux, comparés à l'ensemble de la population, à avoir eu recours au système de soins dans l'année précédant leur incarcération : 56,2% contre 66 à 70% des hommes âgés de 18 à 54 ans. Il faut pour interpréter ces chiffres, tenir compte de leur niveau de protection sociale avant leur arrivée en prison. Parmi ceux qui en sont dépourvus (plus nombreux que dans la population générale) seul un tiers déclare avoir eu au moins un contact avec le système de soins, l'année précédente⁸⁸.

L'asthme (4,4%) et l'épilepsie (2%) sont des maux qui atteignent plus fréquemment les nouveaux détenus, qui sont en revanche moins touchés par les maladies cardiovasculaires que les hommes du reste de la population (2,3% *versus* 5,6%)⁸⁸.

Il faut évoquer les maladies infectieuses chroniques, VIH et hépatites^{88,92,112}. En effet, leurs chiffres sont très évocateurs du fossé qui existe entre la situation sanitaire des détenus et l'ensemble de la population. Même si la tendance actuelle est à une diminution du nombre de patients incarcérés infectés (la prévalence était trois fois supérieure en milieu carcéral en 2003 par rapport à celle de la population générale, alors qu'elle était dix fois supérieure 10 ans auparavant), il n'en reste pas moins que la différence est encore très importante. En 2003, le rapport sur la santé des personnes entrant en prison donne chez celles-ci une prévalence de 1,04% par rapport à la prévalence dans la population générale qui est de 0,21%. En 2010, l'enquête Prévacar¹⁰⁵ révèle que la prévalence du VIH dans la population carcérale est de 2%. L'écart est d'autant plus marquant concernant les infections par le virus hépatite C. En 2003, chez les personnes entrant en prison, la prévalence était de 4,1% contre 0,84% dans la population générale. En 2010, selon l'enquête Prévacar¹⁰⁵, elle était de 4,8% dans la population carcérale. Cela étant, nombreuses sont les personnes, incarcérées ou non, qui ignorent qu'elles sont infectées, ces résultats doivent alors être nuancés. Néanmoins, les adolescents entrant en prison et ayant eu, en milieu libre, des habitudes de toxicomanie par voie intraveineuse sont très peu nombreux (1% par rapport aux 6,5% de l'ensemble des nouveaux détenus). Eux-mêmes n'ont déclaré en 2003 aucune infection par le VIH, le VHC ni le VHB, dont près d'un quart déclare une vaccination complète (un tiers en 1997)^{88,100}.

Enfin, un autre fléau refait surface depuis une quinzaine d'années. En effet, l'augmentation de la prévalence de la tuberculose inquiète : en 2009 elle était dix fois plus élevée en milieu carcéral que dans la population générale¹¹³.

1.4.5 Politique de santé publique, promotion de la santé

La prise en charge sanitaire pour le patient se fait dès le début de l'incarcération. Elle inclut la réalisation de programmes de santé publique en accord avec le respect des principes d'égalité de l'accès aux soins et de protection de l'intégrité physique et mentale¹⁰⁷.

Le « *plan national d'actions stratégiques Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice de 2010-2014* », souligne l'importance à accorder aux actions de promotion de la santé, ainsi que de l'organisation du suivi sanitaire à la sortie^{49,85}.

La population carcérale présente les stigmates d'une population fragilisée, en situation de précarité avant même son incarcération et dont les suivis médical et sanitaire ont été délaissés.

C'est au médecin de l'UCSA, au nom de l'établissement public de santé, en collaboration avec les Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation pour les détenus majeurs et la PJJ et l'Administration Pénitentiaire pour les mineurs, d'organiser les actions de prévention et d'éducation pour la santé. Elles regroupent les démarches de réduction des comportements à risque, de gestion du tabagisme et les dépistages pour éviter l'apparition ou l'aggravation de maladies. Ils doivent élaborer ensemble un véritable programme d'éducation pour la santé avec un accompagnement individuel réévalué chaque année. Il importe de rendre le patient partenaire de l'équipe de soins, acteur de sa santé et de développer son autonomie et son aptitude à s'occuper de sa santé. L'administration pénitentiaire l'intègre à sa mission de réinsertion et la soutient financièrement^{83,107}.

La Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme précise que le manque de personnel et de temps alloué à chaque patient du fait de leur affluence, rend délicat l'accomplissement de ces missions de promotion de la santé³⁶.

Une consultation médicale de sortie est obligatoirement proposée aux personnes condamnées. Par ailleurs, une fois le détenu libéré, l'équipe médicale ne peut s'assurer de la continuité des soins. Pour pallier cette défaillance du suivi, dans le cas des EPM, il convient d'intégrer les titulaires de l'autorité parentale, le médecin traitant (lorsqu'il y en a un) et les services de la PJJ, au programme de prise en charge sanitaire et ainsi veiller à la poursuite des soins par les structures médico-sociales de droit commun. Le projet est constitué par l'UCSA et le SMPR en lien avec la PJJ et l'Administration Pénitentiaire. L'évaluation régulière permet d'adapter, de corriger le projet et le suivi des résultats^{45,57}.

1.4.6 Consommations addictives licites et illicites

Les majeurs entrant en détention en 2003 déclaraient dans 77,8% des cas fumer tous les jours et 30,9% reconnaissaient avoir une consommation excessive d'alcool (plus de 5 verres

par jour pour les hommes et 3 pour les femmes). Enfin, 33,3% révélaiet consommer de façon prolongée et régulière des drogues illicites au cours de l'année précédant leur incarcération⁸⁸.

Le CPT souligne l'intérêt qui doit être porté aux conduites à risque chez les mineurs détenus. Elles concernent l'alcool et plus généralement toutes les drogues, les produits licites ou illicites, les maladies transmissibles, et la nécessité d'inclure dans les programmes d'éducation, l'information et la prévention de ces fléaux¹⁰.

Selon le rapport sur la Santé des personnes entrées en prison en 2003⁸⁸, 70% des mineurs nouvellement incarcérés déclaraient consommer du tabac contre 21% à 29% des mineurs de 16-17 ans dans la population générale. Depuis 2007, les mineurs n'ont plus le droit de fumer au sein de l'établissement. Aussi, dès le bilan d'entrée, des mesures de sevrage adéquates sont proposées¹⁰⁰, dont un traitement de substitution par voie orale. « *Les mineurs reconnaissent que la période de sevrage, c'est-à-dire les premiers jours de l'incarcération, est difficile* »¹⁰⁹.

CHAPITRE 2

ETAT DES LIEUX BUCCO-DENTAIRE DES MINEURS INCARCERES A L'ETABLISSEMENT PENITENTIAIRE POUR MINEURS D'ORVAULT

2.1 OBJECTIF DE L'ETUDE

Au travers du recueil sur douze mois, d'un certain nombre d'informations, nous avons pu évaluer la santé orale des nouveaux arrivants à l'EPM d'Orvault. L'objectif de l'étude était de déterminer si celle-ci est plus dégradée que la santé bucco-dentaire des adolescents de la population générale française, et si oui, dans quelle mesure.

2.2 MATERIELS ET METHODES

Notre enquête s'est déroulée à l'Etablissement Pénitentiaire pour Mineurs d'Orvault (Loire Atlantique).

Tout nouveau détenu dans un centre d'incarcération en France bénéficie d'un bilan médical obligatoire. Le recueil des données a été réalisé à l'occasion du bilan bucco-dentaire. Celui-ci est systématiquement proposé à tout nouvel entrant à l'EPM d'Orvault, alors que la loi a été modifiée récemment rendant depuis, obligatoire de faire la proposition de ce bilan à tous les détenus⁸⁶.

Elle a débuté au 1^{er} janvier 2011 : les résultats présentés ici concernent donc les douze premiers mois de cette étude.

Le bilan est effectué par le chirurgien-dentiste de l'EPM, en collaboration avec les médecins, chez tout nouveau détenu.

2.2.1 Variables recueillies

Les informations sont recueillies au moyen d'une feuille de bilan bucco-dentaire anonymisée (Cf. Annexe 1). La première partie du questionnaire porte sur les caractéristiques socio-démographiques du mineur (données personnelles et familiales, perception de l'état de santé). La seconde partie renseigne sur les comportements alimentaires et les conduites addictives à risque (alcool, tabac, autres toxiques). Enfin le bilan bucco-dentaire en tant que tel reprend les habitudes d'hygiène, de suivi et de soins dentaires, l'état bucco-dentaire (indice CAO (dent Cariée, Absente ou Obturée), indicateurs de santé parodontale et anomalies dento-maxillaires) et conclut par le besoin de soins.

L'indicateur CAO, associé aux dents permanentes, est utilisé pour évaluer la santé dentaire des personnes. Chacune de ses entités peut être analysée individuellement : le nombre de dents permanentes cariées non traitées (C), le nombre de dents absentes, extraites pour cause de carie (A), le nombre de dents obturées (O). L'intérêt, si un nouveau bilan est réalisé, est de comparer les indices CAO. La valeur totale du CAO n'augmentera que s'il y a de nouvelles caries : une dent cariée, puis traitée ou extraite sera alors comptabilisée en tant que dent absente ou obturée et non plus en tant que dent cariée.

Pendant toute la durée de la détention, le mineur, à sa demande et en fonction des disponibilités du praticien, peut bénéficier de consultations dentaires. Sachant qu'à l'issue du bilan d'entrée, le praticien propose systématiquement au détenu de le revoir, si des soins sont nécessaires. A la fin de son incarcération, la feuille du bilan d'entrée est extraite du dossier médical du patient et est complétée une dernière fois afin de vérifier si des soins dentaires ont pu être réalisés durant l'incarcération et le cas échéant, s'ils l'ont été dans leur intégralité.

2.2.2 Analyse statistique

Une analyse descriptive avec estimation de moyenne et calcul de pourcentages a été faite. Deux tests statistiques ont été utilisés afin de comparer les données recueillies à celles de la littérature : Le test du Chi2 pour les variables qualitatives et le test de Student pour les variables quantitatives (logiciel Microsoft® Office Excel 2007, Cf. Annexe 2). Pour tous les résultats, le risque alpha a été fixé à 5%.

Pendant la période qu'a duré l'enquête, huit mineurs ont récidivé au moins une fois. A leur réincarcération, un nouveau bilan dentaire est réalisé. En utilisant un test non paramétrique de Mann et Whitney (logiciel Sistas®), nous avons comparé les habitudes d'hygiène, les facteurs de risque et l'état bucco-dentaire de ces mineurs, afin d'estimer si la prise en charge au cours de la première incarcération et l'éventuel suivi à la libération ont eu un impact significatif sur ces adolescents. Notons cependant la faiblesse de l'échantillon (n<30).

2.2.3 Présentation des différentes études réalisées sur la santé bucco-dentaire en France depuis 1999.

2.2.3.1 Etude de l'état bucco-dentaire de la population reçue au CES en 1999¹⁹.

Le Centre d'Examens de Santé de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Saint Nazaire, en Pays-de-la-Loire, a étudié l'état bucco-dentaire de la population qu'il a reçue en 1999. Elle a été scindée en trois groupes : « précaires » (RMistes-CMU, chômeurs, CES, 16-25 ans en insertion professionnelle), « prioritaires non précaires » (assurés et ayants-droits ne bénéficiant pas de médecine du travail ou scolaire) et « non prioritaires ». Elle concernait trois tranches d'âges : 16-24 ans, 25-44 ans et 45-59 ans.

2.2.3.2 Prévention bucco-dentaire – Évaluation médicale du dispositif conventionnel dans la région des Pays de la Loire⁴⁴.

Les *Services Médicaux** des trois régimes d'assurance maladie de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie des Pays de la Loire ont analysé le bilan bucco-dentaire instauré par la Convention Nationale des Chirurgiens-dentistes³⁷. Ce dernier réalisé entre le

1^{er} octobre 1998 et le 31 mars 1999 par des chirurgiens-dentistes conventionnés concernait les adolescents ayant eu 15 ans durant l'année civile 1998. Cette analyse a permis de dresser le bilan carieux en relevant l'indice CAO avec chacune de ses composantes.

2.2.3.3 Evaluation médicale de l'état de santé bucco-dentaire des adolescents de 15 ans dans la région Rhône-Alpes⁷⁷.

Le bilan bucco-dentaire: suivi prospectif d'adolescents en France. Etat de santé bucco-dentaire des adolescents de 15 ans en 1999²⁰.

Ces deux enquêtes découlent, elles aussi, de l'analyse du bilan instauré par la Convention Nationale des Chirurgiens-dentistes³⁷. Les adolescents concernés, également âgés de 15 ans, ont bénéficié de ce bilan entre le 1^{er} janvier et le 30 septembre 1999. L'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Rhône-Alpes et les services médicaux de l'Assurance maladie d'une part⁷⁷, et plus généralement, toutes les régions de France métropolitaine²⁰, sont concernés par l'évaluation de ce dispositif.

2.2.3.4 Evaluation de la réalisation du bilan bucco-dentaire conventionnel⁴⁷.

Pour les adolescents de 15 à 18 ans de 74 départements de France métropolitaine, couverts par le régime d'Assurance maladie des Professions indépendantes, des examens bucco-dentaires sont réalisés par des chirurgiens-dentistes traitants dans le cadre d'une campagne de dépistage étalée sur trois années consécutives. Effectués pour la première fois en 1998, chez des adolescents nés en 1983, ils devaient être suivis de deux autres examens de dépistage en 1999 et 2000. Outre l'étude de leur santé bucco-dentaire, les objectifs étaient notamment d'observer le taux de participation à la campagne par les mêmes jeunes sur les trois années d'une part et d'autre part, d'apprécier si les soins nécessaires ont finalement été exécutés.

2.2.3.5 La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième en 2003-2004. Premiers résultats⁴⁶.

Trois cycles d'enquêtes triennales ont été réalisés entre 1999 et 2006. C'est pour sensibiliser la population sur des thèmes majeurs de la santé des enfants et en particulier la santé bucco-dentaire, qu'ils ont été élaborés par la DREES, la Direction Générale de la Santé

du ministère chargé de la santé, la Direction de l'Enseignement Scolaire, la Direction de l'Evaluation, de la Prospective et de la Performance du ministère chargé de l'Education et enfin l'Institut de Veille Sanitaire.

Grâce à la participation de 750 collèges, publics et privés, de France métropolitaine et des DOM, le second cycle de l'enquête, réalisé entre 2002 et 2005 apporte des données importantes sur la santé bucco-dentaire d'élèves nés pour la plupart entre 1988 et 1990 (50% avaient 15 ans au moment de l'examen). Il faut aussi préciser qu'un certain nombre (13,2%) est scolarisé en Zones d'Education Prioritaires.

2.2.3.6 Indicateurs de santé chez les collégiens et lycéens du Val-de-Marne, France, en 2005 : excès pondéral, atteinte carieuse et risque de dépression⁴¹.

La surcharge pondérale, l'atteinte carieuse et le risque de dépression constituent trois problèmes de santé parmi les plus fréquents chez les adolescents. Pour apprécier leur rapport avec les caractéristiques environnementales et socio-économiques, le département du Val-de-Marne a réalisé une étude sur l'année scolaire 2004-2005, chez des collégiens et des lycéens du département, âgés de 10 à 18 ans, scolarisés ou non en Zones d'Education Prioritaires.

2.2.3.7 Evaluation médicale de l'examen bucco-dentaire en région Ile-de-France⁴².

En 2007, un nouveau dispositif de prévention bucco-dentaire (« M'T dents ») a été conçu puis accepté par les Caisses d'Assurance Maladie et les chirurgiens-dentistes. La région Ile-de-France a souhaité évaluer l'impact de ces examens de prévention sur les programmes de soins chez les enfants et les adolescents de Seine-et-Marne de 6, 9, 12, 15 et 18 ans. Ils devaient être terminés au plus tard neuf mois après le bilan. L'état bucco-dentaire des jeunes, analysé dans cette étude, nous permet de disposer de données beaucoup plus récentes que dans les précédentes études.

2.3 RESULTATS

2.3.1 Population cible et échantillon

Sur la période allant du 1er janvier au 9 décembre 2011, 124 adolescents ont été incarcérés à l'EPM. Bien qu'il soit prévu pour accueillir des filles, il n'y en a actuellement aucune d'incarcérée à l'EPM d'Orvault. La durée moyenne d'incarcération est de 64 ± 12 jours.

Une fois libérés, 8 d'entre eux ont récidivé au cours de l'année 2011 et ont de nouveau intégré l'établissement. Enfin un mineur a récidivé deux fois cette même année. Au niveau national, la direction de la PJJ rapporte que 70 % des mineurs ne font l'objet d'aucune nouvelle action judiciaire l'année qui suit cette prise en charge⁹⁵. Le nombre de mineurs récidivistes le permettant, il est possible d'analyser l'impact qu'a eu le bilan dentaire au cours de leur premier passage à l'EPM sur leur santé bucco-dentaire.

Parmi les 124 fiches bilan analysées, certaines informations n'ont pas toujours pu être renseignées. Effectivement, soit l'adolescent a refusé la consultation dentaire, soit il ne savait quoi répondre, ou enfin, le chirurgien-dentiste était absent. Ainsi selon les variables, n varie de 83 à 104.

2.3.2 Caractéristiques socio-démographiques

2.3.2.1 Âge

L'âge moyen des mineurs incarcérés est de 16 ans et 5 mois et 91,3 % d'entre eux ont plus de 16 ans. La majorité a 17 ans (54%), 37% ont 16 ans et les plus jeunes ont 15 ans (9%) (Cf. Fig. 1). Dans le rapport du contrôleur général des lieux de privation de liberté à l'EPM d'Orvault en 2008, l'âge moyen des mineurs incarcérés était également de 16 ans et 5 mois¹⁰⁹. En juillet 2011, le Sénat indiquait qu'entre 2005 et 2009, en France, 90% des adolescents détenus avaient plus de 16 ans⁹⁵.

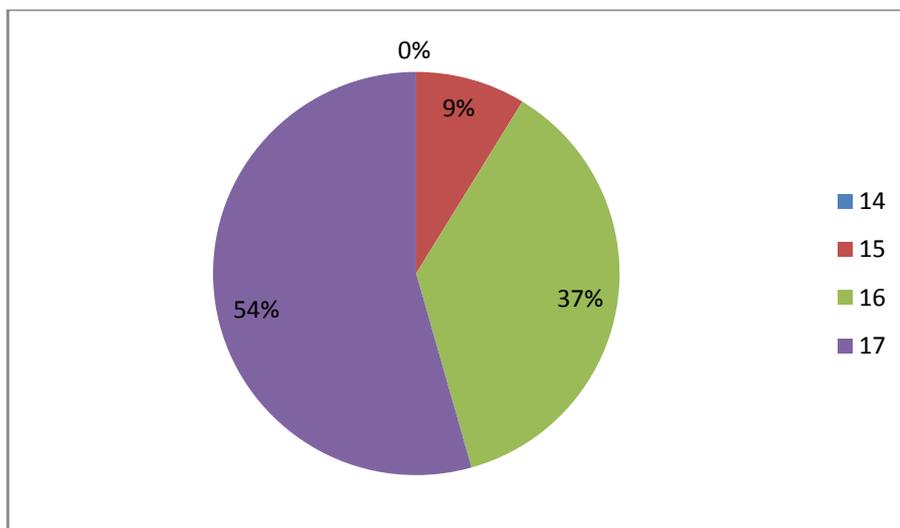


Figure 1 : Répartition (en %) des mineurs incarcérés à l'EPM d'Orvault par âge (n=103).

2.3.2.2 Niveau d'études des mineurs

D'après notre enquête, 67% des adolescents incarcérés ont un niveau d'études correspondant au collège. Ils sont 7% à être entrés au lycée, alors que 5% n'ont qu'un niveau primaire. Certains sont en formation professionnalisante : CAP (17%), BEP (3%) et apprentissage (< 1%) (Cf. Fig. 2).

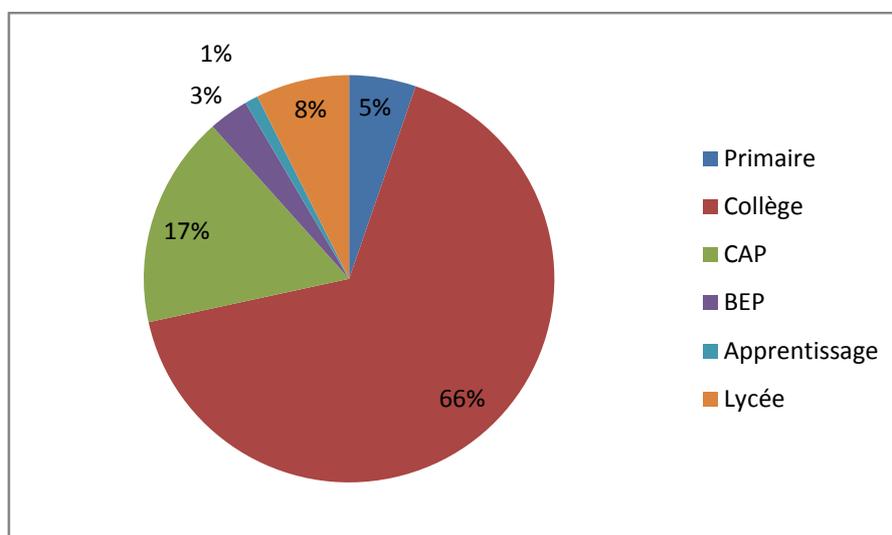


Figure 2 : Répartition (en %) du niveau scolaire des mineurs incarcérés à l'EPM d'Orvault (n=94).

2.3.2.3 Catégorie socio-professionnelle des parents

La part des parents des adolescents de l'EPM, exerçant en tant qu'employés, est de 30%. Elle était en 2009, pour les français d'au moins 15 ans de la population générale, de 16,4% selon l'Insee⁷⁴. Pour les ouvriers elle est de 16% *versus* 18,8%. Le rapport des personnes sans activité professionnelle est lui de 42% dans notre enquête contre 17,9% pour les chiffres nationaux (*Cf. Fig. 3*).

Une précision doit être apportée. Alors que certains ignorent la profession de leurs parents, d'autres ont donné celles des deux parents et pour la plupart, celle d'un seul. Finalement en ajoutant les proportions, le total dépasse 100%. Cela n'empêche pas d'observer quelques différences importantes.

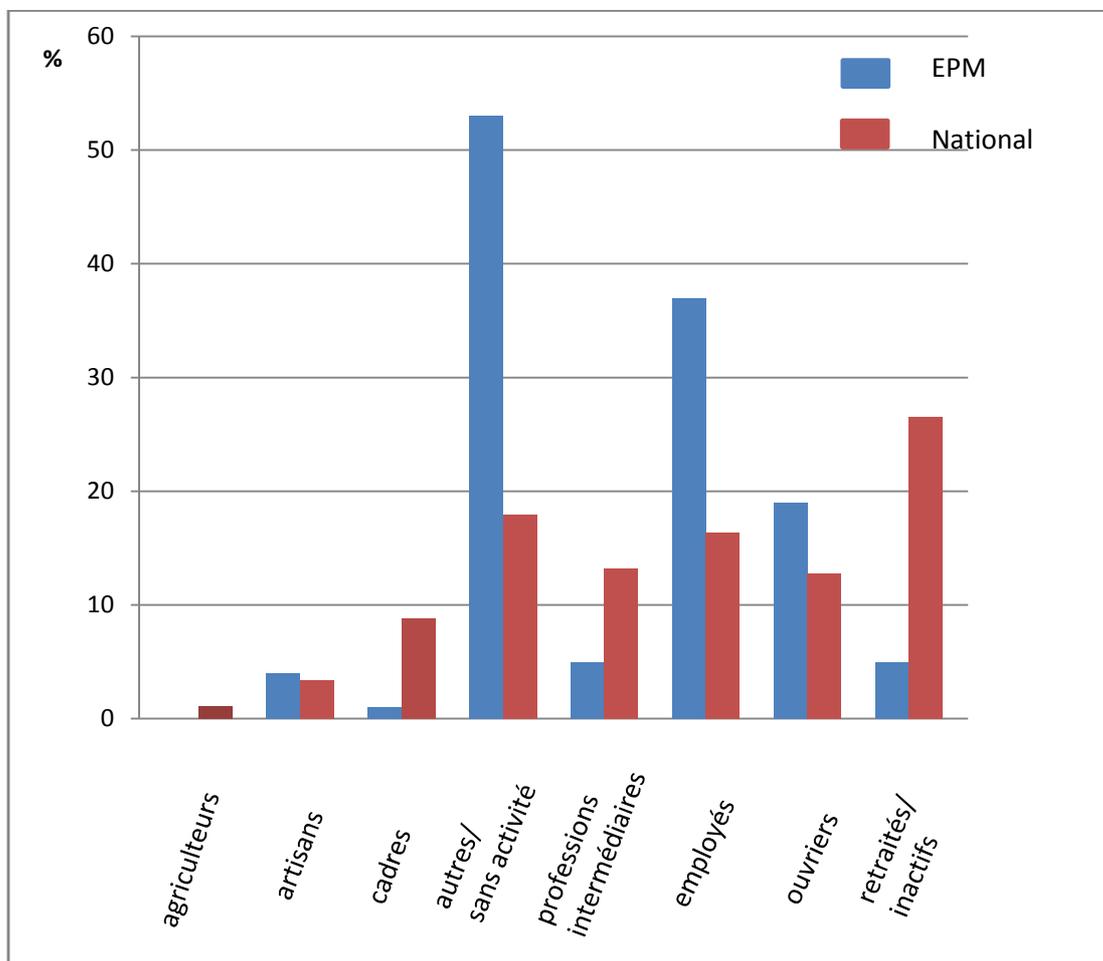


Figure 3: Répartition (en %) des catégories socio-professionnelles des parents des mineurs incarcérés à l'EPM d'Orvault (n=83), par rapport à celle de la population de 15 ans ou plus de France métropolitaine.

2.3.2.4 Situation familiale des parents

La majorité des patients de l'EPM (58%) a des parents divorcés et 20% ont un parent dont le conjoint est décédé. Finalement seuls 18% des jeunes de l'étude ont des parents en couple. Sur l'ensemble des jeunes qui ont pu renseigner leur situation familiale (n=93), un a été adopté (Cf. Fig. 4).

En France, 66,9% des enfants de 14 à 17 ans vivent au sein d'une famille traditionnelle, 9,8% vivent dans une famille recomposée, 19% vivent dans une famille monoparentale et 4,4% vivent seuls ou avec d'autres personnes, hors d'une famille¹¹¹.

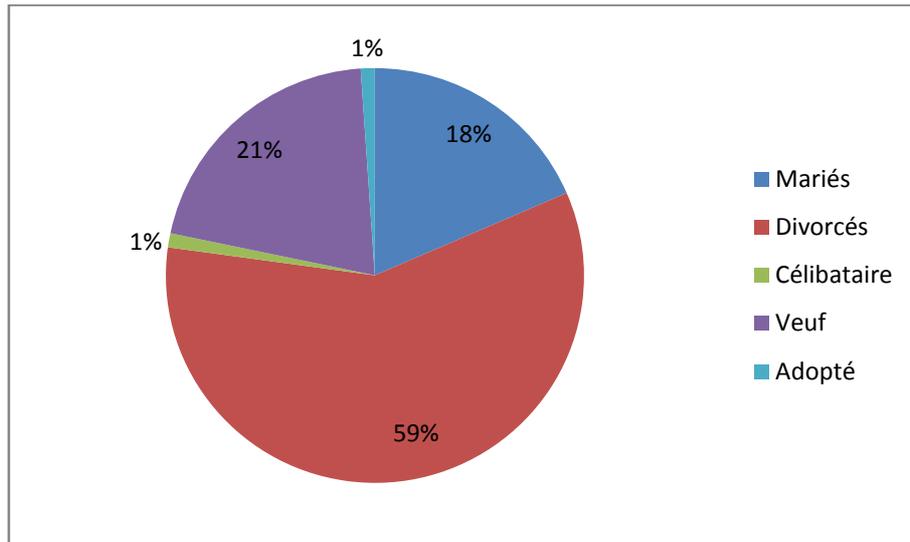


Figure 4 : Répartition (en %) de la situation familiale de mineurs incarcérés à l'EPM d'Orvault, (n=93).

2.3.2.5 Fratrie

Les adolescents incarcérés à l'EPM sont en moyenne issus de fratries de $4,1 \pm 2,12$ enfants : 57% vivent dans des familles d'au moins 4 enfants. Ceux pris en charge par la PJJ sont à 56,1% issus de familles d'au moins 4 enfants et 37,8% de 2 ou 3 enfants²⁵.

2.3.2.6 Lieu de vie

Plus de la moitié (55%) des mineurs incarcérés à l'EPM, vivaient dans leur famille avant leur incarcération. Les autres étaient répartis entre le logement en foyer (34%), en famille d'accueil (4%) voire en CEF (2%). Quelques uns ont un logement indépendant (4%), alors qu'un adolescent vit dans un squat et qu'un autre se déclare sans domicile fixe (Cf.Fig.5).

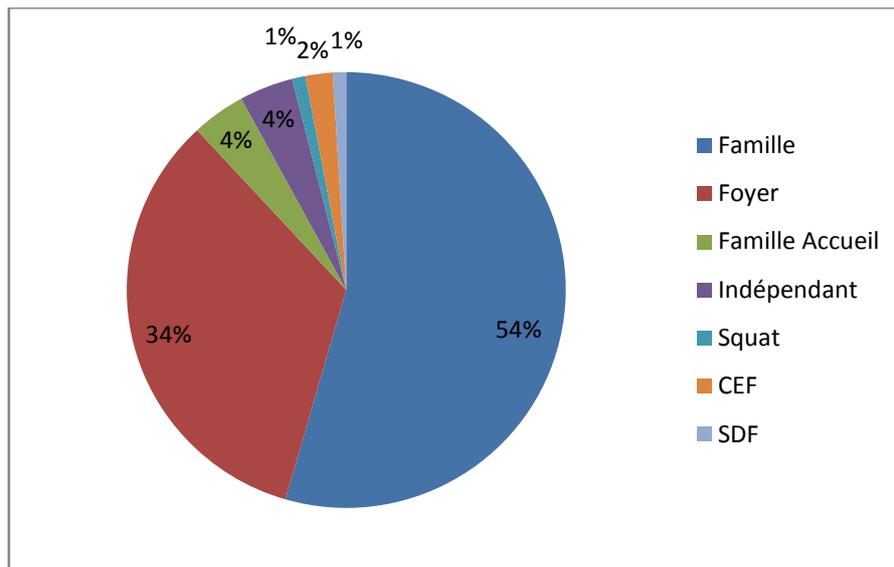


Figure 5 : Répartition (en %) des mineurs, selon leurs lieux de vie avant leur incarcération à l'EPM d'Orvault (n=96).

2.3.2.7 Perception de l'état de santé

Les jeunes de l'EPM jugent leur état de santé à 43% comme très bon, voire excellent (13%) et bon pour 42%.

L'enquête de la PJJ auprès de 14–20 ans²⁵ montre que 89% des garçons qu'elle prend en charge se trouvent « bien portants ». Les 15–25 ans des Pays de la Loire¹⁰⁸ s'estiment pour 65% d'entre eux « tout à fait bien portants » contre 58% au niveau national.

Finalement 2% s'estiment en mauvaise santé, alors que 11% des adolescents de la PJJ, 10% de ceux de la région et 14% à l'échelon national considèrent qu'ils ne sont pas bien portants.

2.3.3 Tabagisme et toxiques

La consommation d'alcool chez les adolescents qui arrivent en détention est nettement supérieure à celle des mineurs des Pays de Loire¹⁰⁸ déclarant en consommer : 69% versus 23% (p<0,01).

En comparant ces mêmes groupes de personnes, il apparait que 85% des mineurs incarcérés à l'EPM déclarent fumer du tabac contre 20% (p<0,01) des mineurs des Pays de Loire¹⁰⁸.

Enfin 4% des jeunes ligériens de 15-17 ans déclarent consommer régulièrement du cannabis¹⁰⁸ contre 64% (p<0,01) chez les mineurs arrivant à l'EPM d'Orvault.

La figure 6 illustre la proportion de consommateurs d'alcool, de tabac et de cannabis parmi les jeunes de l'EPM comparé aux adolescents des Pays de Loire.

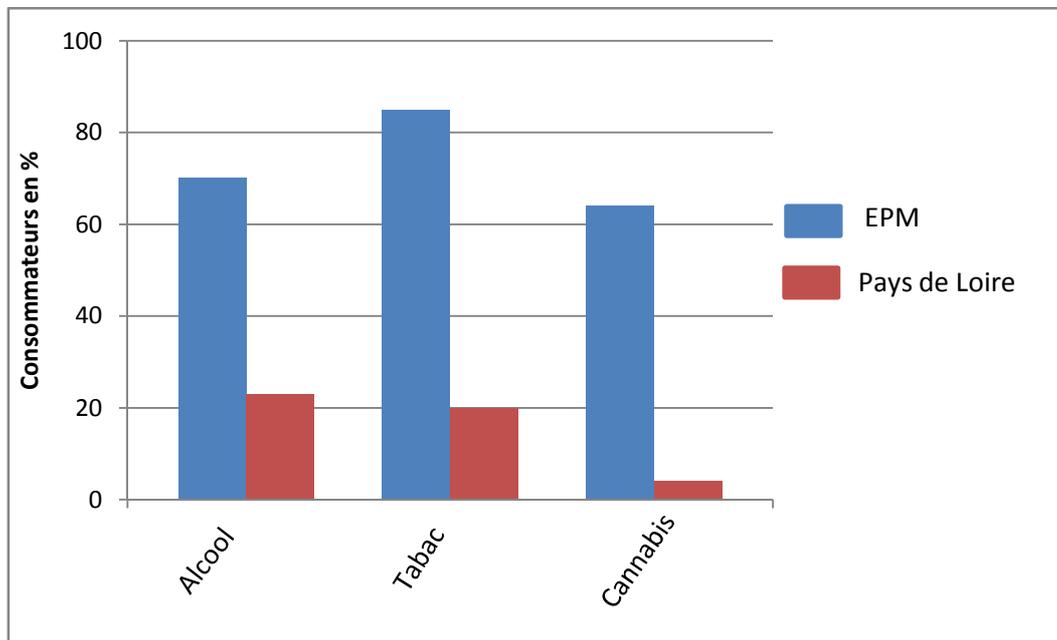


Figure 6 : Proportion (en %) des mineurs incarcérés à l'EPM d'Orvault (n=100), déclarant consommer de l'alcool, du tabac et du cannabis par rapport aux adolescents des Pays de la Loire en 2009 (p<0,001).

2.3.4 Comportements alimentaires

Les mineurs entrant à l'EPM prennent, pour 43% d'entre eux, 3 repas par jour, 34% disent n'en faire que 2 et 15% n'en prennent qu'un seul, voire aucun. Enfin 8% en font plus de 3 par jour (Cf. Fig. 7). Selon l'enquête Baromètre santé nutrition 2008⁴⁰, 87,1% des français déclarent suivre le modèle des trois repas quotidiens.

En revanche que ce soit au moment des repas ou en dehors, les adolescents de l'EPM sont très nombreux (89%) à consommer des boissons sucrées.

Par ailleurs, 79% de ces mineurs incarcérés à l'EPM et 69% des garçons de 14-20 ans pris en charge par la PJJ²⁵ (surtout les 16-18 ans) déclarent grignoter (sucreries, barres chocolatées, chips, gâteaux apéritif...). Ils ne sont que 9,7% dans ce cas chez les 12-25 ans de l'ensemble de la population française⁴⁰.

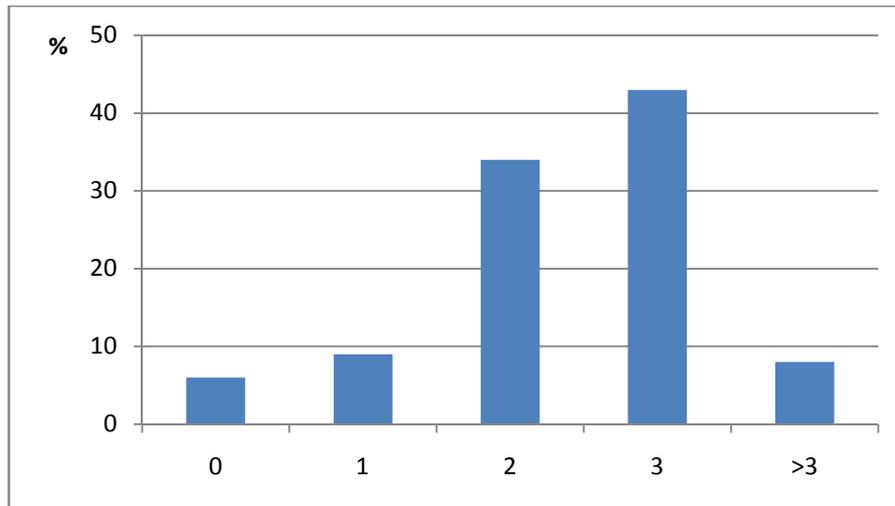


Figure 7: Répartition (en %) du nombre de repas pris quotidiennement par les mineurs avant leur incarcération à l'EPM d'Orvault (n=100).

2.3.5 Habitudes d'hygiène buccodentaire

La proportion des mineurs de l'EPM, qui déclarent ne jamais se brosser les dents, est de 5,94% contre respectivement 1,13% et 0,65% ($p < 0,001$) en Rhône-Alpes/Auvergne et Paris/Hauts-de-Seine dans des populations de jeunes de 15 ans interrogés en 2001⁷.

La tendance est la même concernant ceux qui déclarent se brosser les dents une seule fois dans la journée : 31% à l'EPM contre 18% en Rhône-Alpes/Auvergne et 22% ($p < 0,001$) pour Paris/Hauts-de-Seine⁷.

En revanche 39% des adolescents de l'EPM se brossent les dents 2 fois par jour contre 59% chez les jeunes de 15 ans des régions Rhône-Alpes/Auvergne et 63% de ceux de Paris/Hauts-de-Seine ($p < 0,001$)⁷.

Les mineurs incarcérés à l'EPM sont significativement plus nombreux (25%) à se brosser les dents 3 fois par jour que les mineurs de 15 ans des régions Rhône-Alpes/Auvergne (21,63%) et Paris/Hauts-de-Seine (13,52%) ($p < 0,001$)⁷ (Cf. Fig. 8).

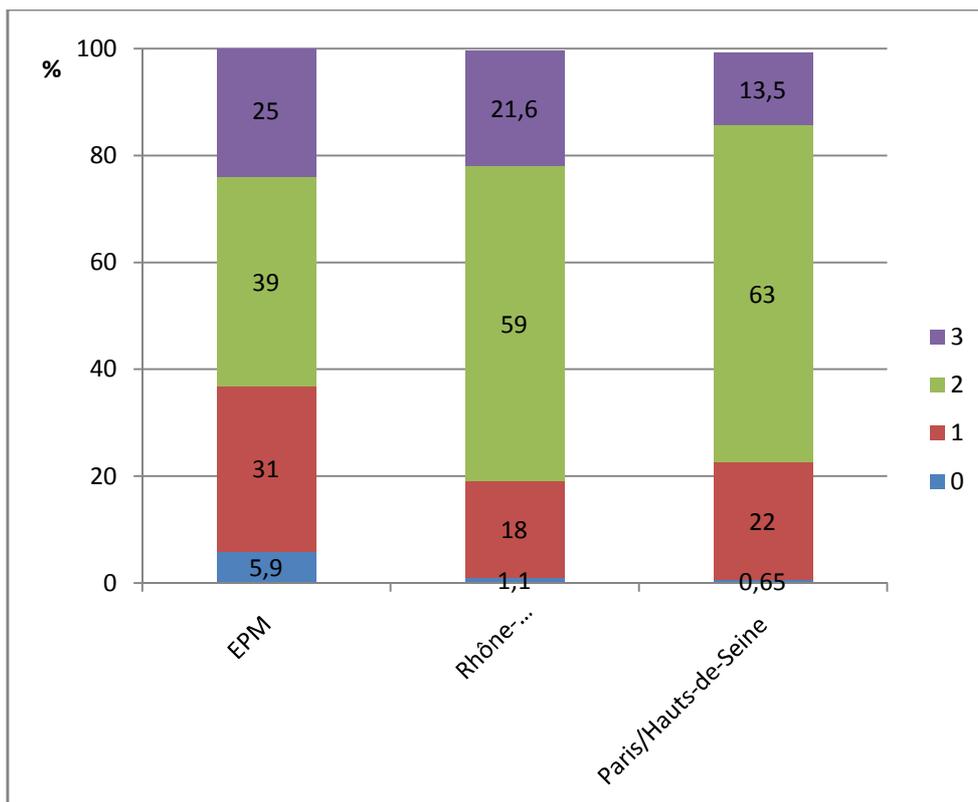


Figure 8 : Répartition (en %) du nombre de brossages quotidiens chez les mineurs incarcérés à l'EPM d'Orvault, par rapport aux adolescents des régions Rhône-Alpes/Auvergne et Paris/Hauts-de-Seine (n = 101, p<0,001).

Les adolescents à l'EPM utilisent à 98% la brosse à dents et le dentifrice, fournis par l'administration pénitentiaire à leur entrée en unité.

2.3.6 Date et motifs de la dernière consultation dentaire

L'enquête révèle que 42% des adolescents de l'EPM ont consulté au moins une fois le dentiste dans l'année contre 55% des adolescents de 16-19 ans de la population générale (en 2001)⁷⁸, (p<0,01). Le motif de consultation évoqué est chez 24% un bilan bucco-dentaire et chez 56% un examen de routine. Seulement 13% ont vu un chirurgien-dentiste pour une consultation d'urgence.

En 2004, 67,9% des jeunes de 14-17 ans, pris en charge par la PJJ, avaient consulté un dentiste dans l'année (p<0,01)²⁵.

2.3.7 Etat de sante bucco-dentaire

2.3.7.1 Indice CAO

2.3.7.1.1 INDICE CAO

La moyenne de l'indice CAO (Cf. Fig.9) chez les adolescents de l'EPM d'Orvault est $10,19 \pm 4,56$. Elle est significativement supérieure ($p < 0,001$) aux moyennes des différentes études recensées. En 1999, chez les adolescents de 15 ans, elle était de 4,2 en Pays de Loire⁴⁴, 3,57 en Rhône-Alpes⁷⁷, 4,08 en France²⁰. D'autre part en 2009 en Seine et Marne elle était de 1,25 chez les mineurs de 15 ans, et de 2,24 chez les jeunes de 18 ans⁴².

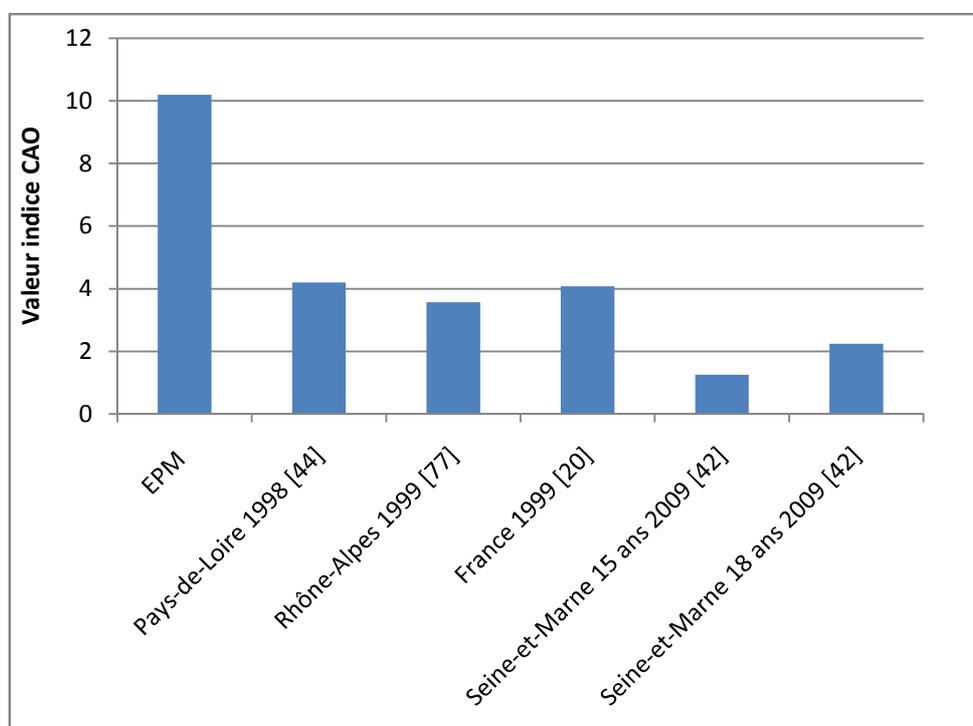


Figure 9 : Valeur moyenne de l'indice CAO chez les mineurs incarcérés à l'EPM d'Orvault, par rapport aux valeurs relevées dans la littérature ($n=88$, $p < 0,001$).

Aucun des mineurs incarcérés à l'EPM n'a un indice CAO égal à 0. Les seules études qui rapportent la répartition de l'indice CAO datent de 1999 et ont été réalisées chez des adolescents de 15 ans. En Pays de Loire, chez ceux qui bénéficient du régime de l'assurance maladie des professions indépendantes⁴⁷, 20% avaient un CAO nul, 25,7% en Rhône-Alpes⁷⁷ et 22,7% en France²⁰ ($p < 0,001$).

2.3.7.1.1 DENTS CARIÉES

La proportion de jeunes n'ayant aucune carie est supérieure dans la population générale par rapport à la population des mineurs incarcérés à Orvault. (Cf. Fig.10.) A l'EPM ils ne sont que 5,68% ($p < 0,001$) alors qu'ils étaient 44,4% en Pays de Loire⁴⁴, 50,4% en Rhône-Alpes⁷⁷ et 46,5% en France²⁰ dans les études de 1999. L'enquête de 2000 sur les consultants de sexe masculin, âgés de 15-24 ans en situation de précarité au CES de Saint Nazaire¹⁹ confirme cette tendance (43,18%), de même que les rapports plus récents : en 2003/2004, 52% des élèves scolarisés en 3^{ème} en France étaient exempts de caries⁴⁶ et en 2005, 40% des élèves de 16-17ans dans le Val-de-Marne⁴¹. Enfin en décembre 2009, l'étude réalisée en Seine-et-Marne compare les adolescents de 15 ans puis ceux de 18 ans indemnes de caries en Seine-et-Marne par rapport à ceux de France métropolitaine⁴² : les mineurs de 15 ans exempts de caries sont 73,6% en Seine-et-Marne et 71% en France métropolitaine, ceux de 18 ans sont 68,3% en Seine-et-Marne et 67,1% en France métropolitaine. Dans tous les cas il existe une différence significative ($p < 0,001$) par rapport aux mineurs de l'EPM indemnes de caries.

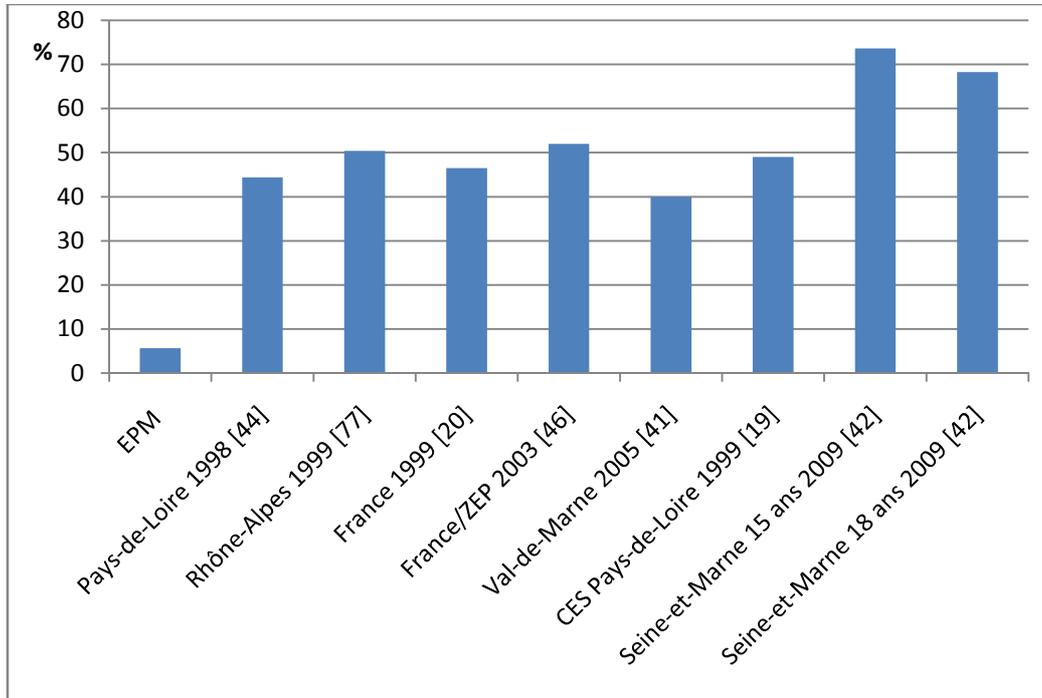


Figure 10 : Proportion de mineurs (en %) n'ayant aucune carie à l'EPM d'Orvault, par rapport aux valeurs relevées dans la littérature ($n=88$, $p < 0,001$).

Le nombre moyen de dents cariées chez les mineurs de l'EPM (Cf .Fig. 11) est de $6,42 \pm 4,20$. Les différentes études qui ont été réalisées en France auprès des adolescents de 15 ans montrent toutes une différence significative ($p < 0,001$) avec nos résultats. Entre 1998 et 2000, l'enquête auprès des adolescents de 15 ans couverts par le régime d'assurance maladie des professions indépendantes⁴⁷ révélait un indice carieux de 2,2. En 1999 le nombre de caries était évalué à 1,8 [IC : 1,6-1,9] en Pays de Loire⁴⁴, $1,66 \pm 2,47$ en Rhône-Alpes⁷⁷ et plus généralement 1,95 [IC : 1,91-1,99] en France²⁰. En 2003, chez les élèves de 3^{ème} scolarisés en France⁴⁶, le nombre moyen de caries était de 1,6.

Une nouvelle évaluation de la santé bucco-dentaire en Ile-de-France en 2009⁴² montrait que l'indice carieux chez les adolescents de 15 ans était de 0,69 [IC : 0,56-0,82] et chez ceux de 18 ans de 0,87 [IC : 0,70-1,04]. Ces résultats restent toujours significativement inférieurs ($p < 0,01$) à ceux observés aujourd'hui chez les mineurs de l'EPM.

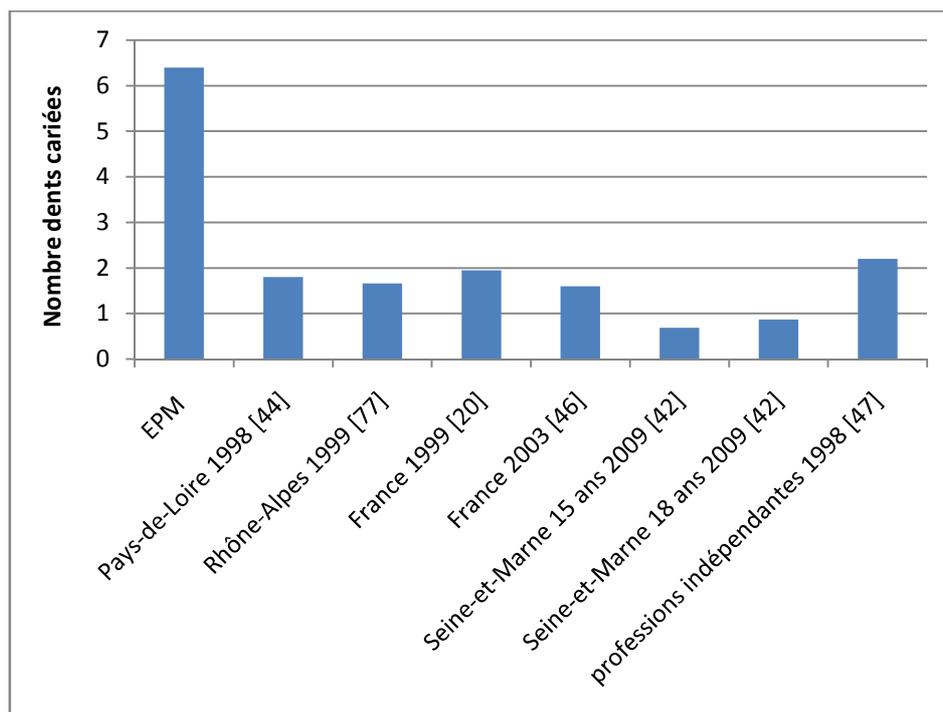


Figure 11 : Nombre moyen de dents permanentes cariées chez les mineurs incarcérés à l'EPM d'Orvault, par rapport aux valeurs relevées dans la littérature ($n=88$, $p < 0,001$).

En 2003-2004, 5% des adolescents scolarisés en 3^{ème} en France et 10% de ceux scolarisés dans des ZEP⁴⁶ avaient au moins 2 caries. Dans les deux cas, la proportion est significativement inférieure à celle de l'EPM qui est de 87,50% ($p < 0,001$).

En 1999 11,7% des adolescents de 15 ans en Rhône-Alpes⁷⁷ avaient au moins 5 caries non soignées : en 2011 à l'EPM d'Orvault ils sont 62,50% ($p < 0,001$).

Cette même année, 10,9% des adolescents de 15 ans en France²⁰ avaient plus de 5 caries non soignées : en 2011 à l'EPM d'Orvault ils sont 56,82% ($p < 0,001$).

En 2009 en Seine-et-Marne⁴², 19,94% des adolescents de 15 ans présentaient de 1 à 3 caries versus 22,73% chez les mineurs de l'EPM ($p < 0,001$) alors que la proportion était de 22,88% chez les adolescents de 18 ans (différence non significative). Les adolescents de 15 et 18 ans présentant de 4 à 6 caries étaient respectivement 4,18% et 6,09% versus 23,86% chez les mineurs de l'EPM ($p < 0,001$). Enfin seuls 2,73% et 2,28% des 15 et 18 ans avaient plus de 7 caries, contre 47,73% ($p < 0,001$) des mineurs de l'EPM. Selon l'étude réalisée entre 1998 et 2000 auprès des bénéficiaires du régime de l'assurance maladie des professions indépendantes, âgés de 15 ans⁴⁷, 2,75% d'entre eux avaient au moins 10 caries non soignées : en 2011 à l'EPM d'Orvault ils sont 21,59% ($p < 0,001$).

En 2000 l'enquête du CES de St Nazaire¹⁹ révèle que 4,03% des 16-24 ans avaient au moins 10 caries ; 35,12% ont de 1 à 3 caries (versus 23% à l'EPM, $p < 0,01$) et 17,67% présentent de 4 à 10 caries (versus 55% à l'EPM, $p < 0,001$) (Cf. Fig. 12).

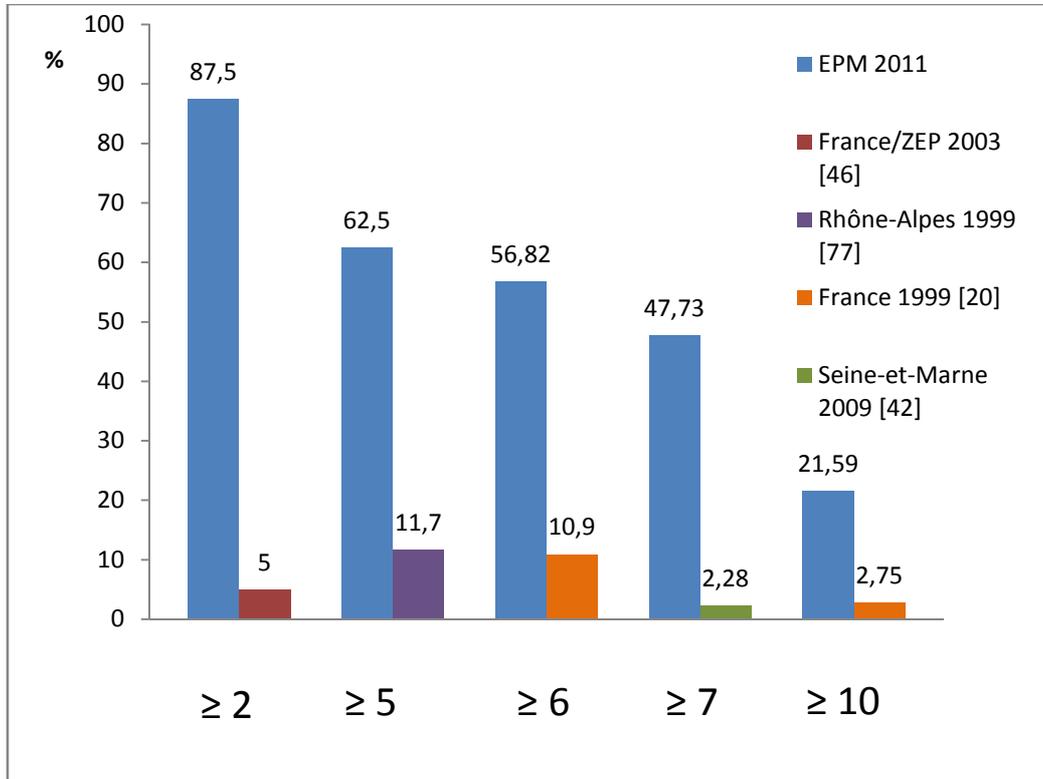


Figure 12 : Proportion de mineurs (en %) ayant respectivement au moins 2 caries, au moins 5 caries, au moins 6 caries, au moins 7 caries et au moins 10 caries, à l'EPM d'Orvault, par rapport aux valeurs relevées dans la littérature ($n=88$, $p < 0,001$).

2.3.7.1.2 DENTS ABSENTES

Le nombre moyen de dents absentes pour raison carieuse (*Cf. Fig. 13*) chez les adolescents incarcérés à Orvault est $0,22 \pm 0,51$. Il est significativement inférieur à celui des adolescents de 15 ans de la population générale dans toutes les études recensées : en 1999, il était de 0,35 en Pays de Loire⁴⁴ ($p < 0,01$), 0,38 en Rhône-Alpes⁷⁷ ($p < 0,01$) et 0,45 plus généralement en France²⁰ ($p < 0,001$).

Même si le nombre de dents extraites est effectivement inférieur, il faut nuancer ces résultats dans la mesure où, souvent, à l'examen, quand le nombre de dents cariées est supérieur ou égal à 7, une, voire deux dents sont non conservables.

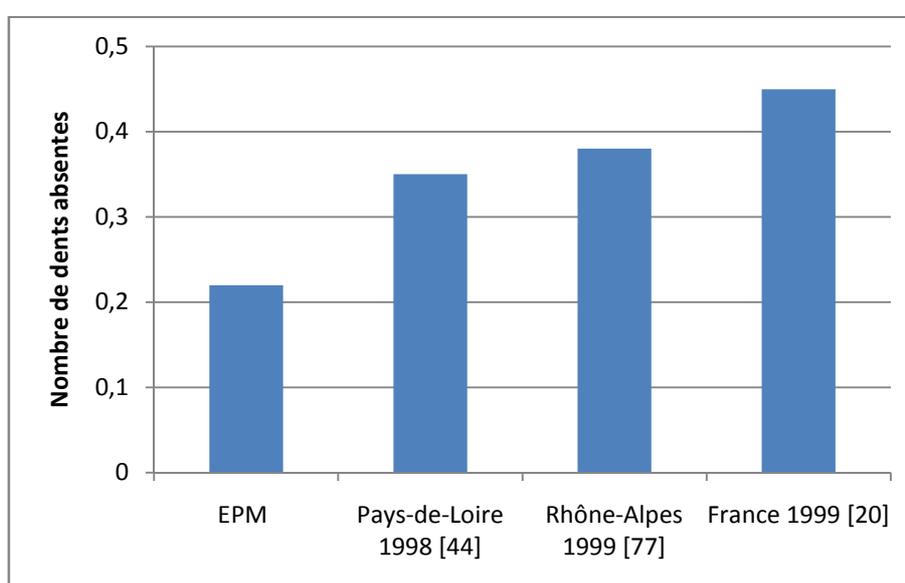


Figure 13 : Valeurs des nombres moyens de dents permanentes absentes chez les mineurs incarcérés à l'EPM d'Orvault, par rapport aux valeurs relevées dans la littérature ($n=88$, $p < 0,01$).

2.3.7.1.3 DENTS OBTUREES

A l'EPM d'Orvault, le nombre moyen de dents obturées (*Cf. Fig. 14*) est de $1,18 \pm 1,57$. Ce chiffre est significativement inférieur ($p < 0,01$) au nombre de dents obturées chez les adolescents de 15 ans en 1999, en particulier des Pays de Loire⁴⁴ (2,2) et plus généralement de France²⁰ (1,68). Cette infériorité est en revanche non significative par rapport aux jeunes de 15 ans de la région Rhône-Alpes cette même année⁷⁷ et à ceux de 18 ans de Seine-et-Marne⁴² en 2009. Enfin il semble que selon cette dernière étude, les mineurs de 15 ans de Seine-et-Marne aient un nombre de dents obturées inférieur à celui de l'EPM (0,55, $p < 0,01$).

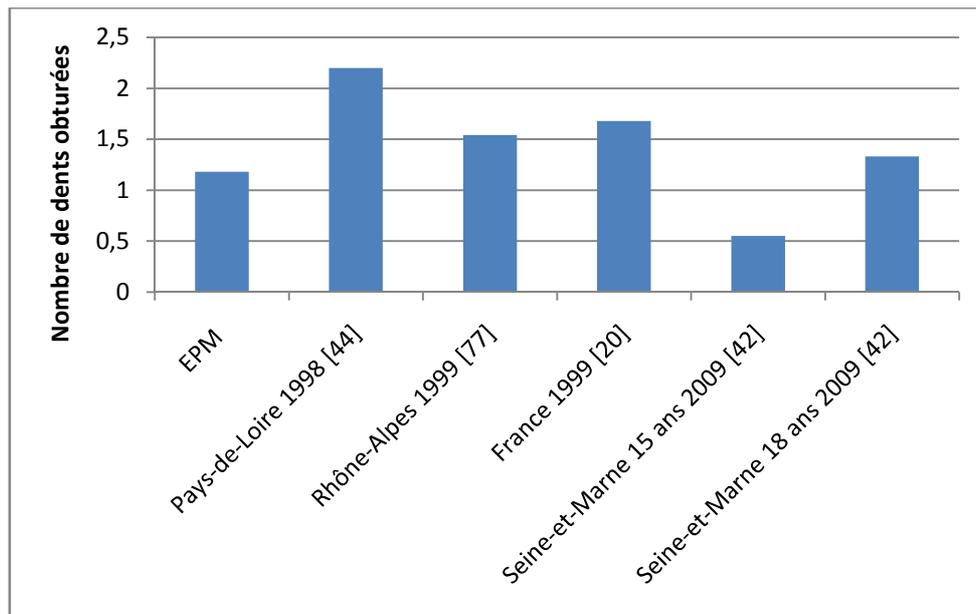


Figure 14 : Valeurs des nombres moyens de dents permanentes obturées chez les mineurs incarcérés à l'EPM d'Orvault, par rapport aux valeurs relevées dans la littérature (n=88, p<0,01).

2.3.7.2 Évaluation de la santé parodontale

En 1999 chez les adolescents de 15 ans, 21% en Pays de Loire⁴⁴ (p<0,01), 23,2% en Rhône-Alpes⁷⁷ et 24,8% en France²⁰ présentaient une inflammation gingivale lors de l'examen bucco-dentaire. Ces chiffres ne sont pas significativement différents de ceux des adolescents arrivant à l'EPM d'Orvault qui, dans 30,1% des cas présentent une gencive inflammatoire. En revanche, ils le sont par rapport aux 94,4% des 16-24 ans du CES de Saint Nazaire¹⁹ (p<0,001) (Cf. Fig. 15).

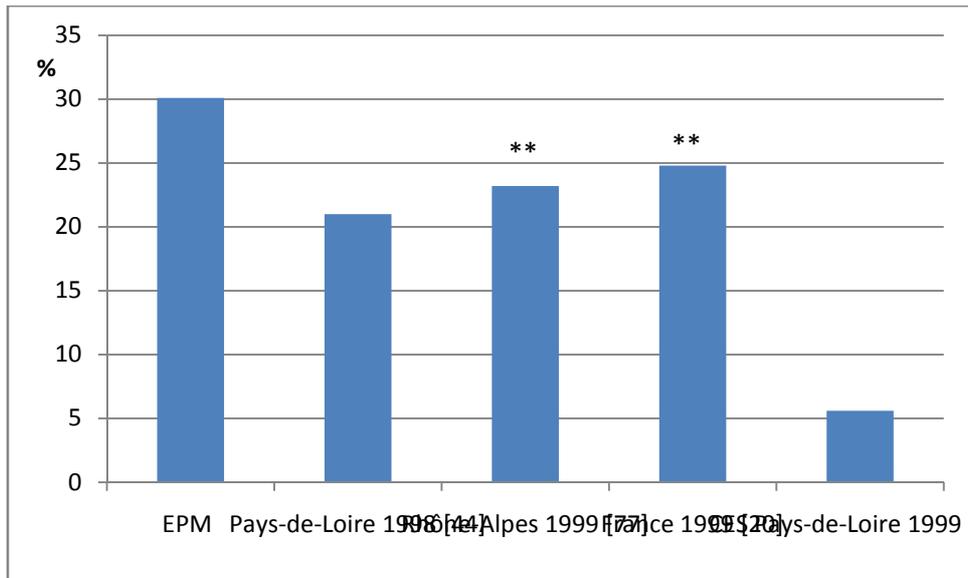


Figure 15 : Proportion (en %) de mineurs incarcérés à l'EPM d'Orvault, n'ayant pas une gencive saine, par rapport aux valeurs relevées dans la littérature (n=88, p<0,01, ** non significatif).

Outre la présence de plaque dentaire chez 76% des mineurs incarcérés à Orvault, la plupart (94,3%) a besoin d'un détartrage (Cf. Fig. 16) alors que les chiffres sont significativement très inférieurs dans la population générale : 38,7% en France²⁰, 34,8% en Pays de Loire⁴⁴ et Rhône-Alpes⁷⁷ (p<0,001).

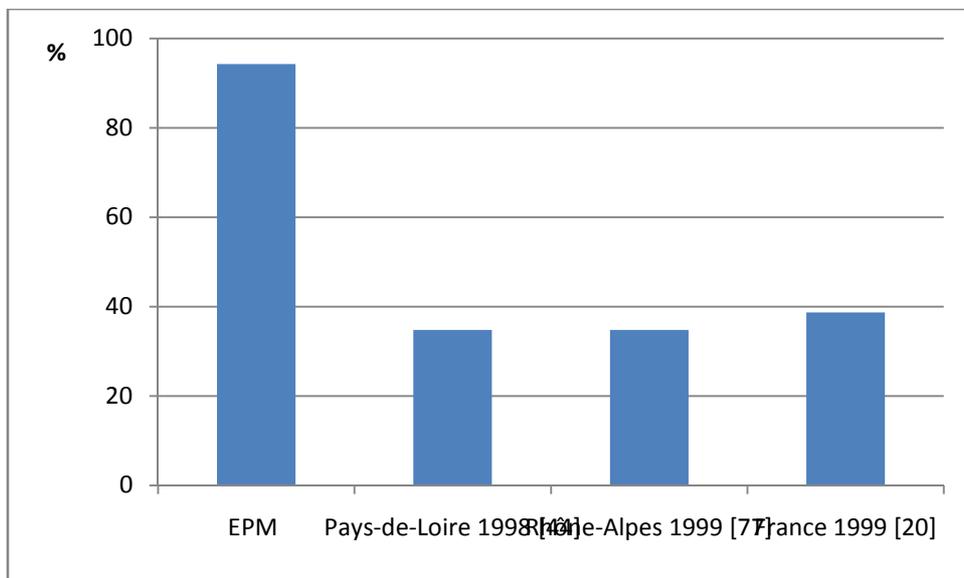


Figure 16 : Proportion (en %) de mineurs incarcérés à l'EPM d'Orvault, ayant du tartre, par rapport aux valeurs relevées dans la littérature (n=88, p<0,001).

Des atteintes plus sérieuses du parodonte sont observées en plus faible proportion. Alors que 27,3% des adolescents incarcérés à Orvault présentent des saignements gingivaux, l'examen révèle chez presque 8% d'entre eux des douleurs au sondage et/ou la présence de poches parodontales.

2.3.7.3 Anomalies dento-maxillaires

Une minorité de mineurs incarcérés à l'EPM présentent des troubles des surfaces masticatoires (15%) et au niveau des articulations temporo-mandibulaires, des douleurs à la mastication (11%) ou des claquements (23%). En revanche 34% ont des malpositions dentaires qui nécessiteraient un traitement orthodontique.

Aucune donnée n'est précisée dans les études citées jusqu'alors, ne permettant donc pas de faire de comparaison avec la population générale.

2.3.8 Besoin de soins à l'issue du bilan

A l'issue du bilan d'entrée, il apparaît que 99% des mineurs arrivant à l'EPM ont besoin de soins dentaires. Et dans 41% des cas, ces soins présentent un caractère d'urgence. L'enquête réalisée en Seine-et-Marne⁴² révèle des différences significatives avec notre étude ($p < 0,01$) puisque seulement 26,4% des Seine et Marnais de 15 ans et 31,7% de ceux de 18 ans ont besoin de soins. Les chiffres rapportés pour la France métropolitaine sont de 29% pour les adolescents de 15 ans et de 32,9% pour ceux de 18 ans.

2.3.9 Soins induits par le bilan bucco-dentaire

Pour 47% des mineurs aucun soin n'a été réalisé au cours de leur incarcération. En 2009⁴², 34,5% des adolescents de 15 ans de Seine et Marne et 23,9% de ceux de France métropolitaine n'avaient pas reçu les soins nécessaires, recensés à l'issue de l'examen bucco-dentaire. Chez les adolescents de 18 ans, 35,8% en Seine et Marne et 26,7% en France métropolitaine étaient dans le même cas ($p < 0,01$).

Chez 39% des mineurs incarcérés à l'EPM les soins n'ont été réalisés que partiellement contre 10,5% en France métropolitaine et 9,4% en Seine et Marne chez les jeunes de 15 ans.

Ceux de 18 ans qui ont été partiellement soignés en France métropolitaine et en Seine et Marne⁴² étaient respectivement 12,4% et 12,6% ($p < 0,01$).

Finalement, 14% des adolescents incarcérés ont vu leurs soins nécessaires terminés avant leur sortie. En France métropolitaine et en Seine et Marne⁴² à 15 ans, 65,6% et 56,1% n'ont plus besoin de soins et à 18 ans ils sont respectivement 60,9% et 51,7% ($p < 0,01$).

2.3.10 Récidives

Nous avons repris pour ces patients, les consommations à risque pour la santé (tabac, alcool et autres toxiques), les habitudes alimentaires et d'hygiène bucco-dentaire, enfin, directement à propos de la santé orale, l'indice CAO et les indicateurs de santé parodontale.

Quelle qu'elle soit, aucune de ces variables relevées lors de la récurrence des mineurs ne montre de différence significative, que ce soit dans le sens d'une amélioration ou d'une aggravation, par rapport aux valeurs des premiers bilans.

Notons que 2 des 8 patients concernés par « la récurrence », avaient cependant fait la démarche de consulter un chirurgien-dentiste et la moitié avait augmenté sa fréquence de brossage quotidien.

2.4 DISCUSSION

2.4.1. Limites de l'étude

L'étude, commencée le 4 janvier 2011, porte sur les 133 mineurs entrés à l'EPM d'Orvault jusqu'au 9 décembre 2011. La quantité de données est cependant moindre dans la mesure où, pour chaque patient, toutes les variables n'ont pas été systématiquement renseignées. Par ailleurs, un nouveau bilan dentaire a été fait chez certains mineurs qui ont récidivé et ont été de nouveau incarcérés sur la période couverte par notre enquête. Ainsi l'état de santé bucco-dentaire des adolescents n'est renseigné qu'à 66%. Toutefois le « n » reste supérieur à 30, les résultats sont donc tout à fait exploitables.

Pour être le plus précis possible, nous avons dû recenser des résultats de nombreuses études sur la santé bucco-dentaire des adolescents publiées entre 1998 et 2009 dans plusieurs régions de France. Effectivement il n'existe pas de données parfaitement comparables à la population des mineurs incarcérés à l'EPM d'Orvault, du point de vue de l'âge ou de la situation géographique. L'OMS, voulant harmoniser le recueil des données en santé dentaire, a établi notamment les critères d'âge des échantillons étudiés³⁵. Dans le cas de notre enquête, la classe d'âge qui s'en rapproche le plus est celle des adolescents de 15 ans et concerne une majorité des données que nous avons recueillie dans la littérature. Pourtant les mineurs incarcérés à Orvault ont en moyenne 16 ans et demi. Même si nous avons essayé d'être le plus exhaustif possible, il faut tenir compte de ce biais. L'intérêt de rassembler tous ces résultats est de montrer qu'ils concordent entre eux et vis-à-vis de ceux de notre enquête.

2.4.2. Inégalités en santé bucco-dentaire

Les résultats que nous avons obtenus montrent très nettement les profondes disparités qui existent sur le plan de la santé bucco-dentaire entre les adolescents incarcérés à l'EPM et ceux de la population générale. Pourtant, grâce aux politiques de santé publique mises en place depuis le début des années quatre-vingt dans les pays européens les plus riches, les études s'accordent sur l'amélioration indiscutable qui touche la santé orale de toutes les générations. Dans leur étude sur la santé bucco-dentaire, Catherine Dargent-Paré et Denis Bourgeois³⁵ évoquent des publications datant de la moitié du XX^{ème} siècle dans lesquelles, étonnamment, les populations les plus défavorisées avaient proportionnellement moins de caries que les populations les plus favorisées. Aujourd'hui pourtant les institutions semblent impuissantes et confirment cette assertion consensuelle : les inégalités en santé, résultant d'une accumulation de facteurs négatifs, sont fortement corrélées et croissent avec les inégalités sociales.

2.4.2.1. Profils socio-démographiques des jeunes interrogés

Le profil socio-démographique de la population d'adolescents que nous avons étudiée à l'établissement d'Orvault ne suit pas celui qui est observé dans la population

générale. Un seul des enfants incarcérés a l'un de ses parents cadre et la plupart des autres (88%) est soit employé, soit ouvrier ou sans activité professionnelle. Ils se situent alors majoritairement parmi les catégories sociales les moins aisées. Les professions de leurs parents ne sont pas représentatives de l'ensemble de la population (par exemple il y a 8,8% de cadres dans la population générale). Notons que certains jeunes n'étaient pas en mesure de préciser l'activité de leurs parents.

Un adolescent qui suit un cycle de scolarité traditionnel, entre au lycée ou dans une formation professionnalisante vers 15-16 ans. Sans préciser s'ils ont arrêté ou non leur scolarité, nous savons que les mineurs de l'étude ont pour la plupart le niveau collège. Seuls 7% ont un niveau lycée, 21% sont en filière professionnelle alors que quelques-uns n'ont pas été scolarisés au delà du primaire. D'après le rapport du CGLPL de 2008 à l'EPM¹⁰⁹, 78% étaient déscolarisés, soit un taux très élevé par rapport à la moyenne nationale. Effectivement, en 2008-2009, selon l'INSEE, le *taux de scolarisation** en France par âge allait certes décroissant, mais variait de 97,9% pour les adolescents de 15 ans à 90,4% pour ceux de 17 ans sur l'ensemble du système éducatif public et privé en incluant les élèves, les étudiants et les apprentis⁵³.

D'autre part, alors que les deux-tiers des français de 14-17 ans viennent d'une *famille dite « traditionnelle*»*¹¹¹, les adolescents incarcérés à l'EPM viennent pour la majorité d'une famille monoparentale. Plus de la moitié a, à son arrivée en détention, des parents divorcés et une proportion non négligeable vit avec un parent veuf. Dire que les enfants qui grandissent dans des *familles dissociées** ont davantage de risques de tomber dans la délinquance serait péremptoire. En dépit des études recensées par Laurent Muccielli⁹⁰ rapportant que ces situations familiales ne peuvent expliquer à elles seules des comportements délinquants, il faut tenir compte de la prévalence de ces deux dernières problématiques sociales dans les milieux défavorisés.

Malgré le fait qu'une petite majorité des adolescents de l'EPM vive dans sa famille, une proportion non négligeable, dans ces singuliers profils de vie, vit en foyer. Quelques-uns vivaient avant leur arrivée, en famille d'accueil, CEF, squat et un était sans-domicile fixe.

Les *Zones Urbaines Sensibles** (ZUS) sont des quartiers originellement défavorisés, où la pauvreté est plus fréquente. Que ce soit le rapport de L'INSEE de décembre 2010 ou celui de Laurent Mucchielli⁸⁹, les deux constatent, qu'outre un niveau de formation généralement moins élevé et un taux de chômage plus important (18,6% dans les ZUS *versus* 9,2% dans la population générale) que dans le reste de la population générale française⁷⁶, c'est principalement au sein de ces quartiers que seraient concentrées les familles dites « très nombreuses » et les familles monoparentales. Ces familles, plus défavorisées, sont particulièrement touchées par la *pauvreté en conditions de vie**^{29,90}. Cassan, Toulemon et Kensey⁵¹ insistent sur la taille de la fratrie comme facteur influant du risque d'entrée en délinquance et précisent que plus de la moitié des hommes incarcérés de plus de seize ans en 1999 avaient au moins trois frères et sœurs. Cette tendance se confirme pour les adolescents de l'EPM qui viennent en majorité de familles « très nombreuses » au même titre que les jeunes pris en charge par la PJJ²⁵. Les auteurs précisent par ailleurs que cette enquête ne tient pas compte des mineurs incarcérés. Néanmoins, elle nous apporte un éclairage sur les mineurs sous main de justice⁵⁹.

Nous ne pouvons pas affirmer que les mineurs détenus à l'EPM d'Orvault soient originaires préférentiellement de ZUS. Cependant, eu égard aux statistiques sur les « faits de délinquance » présentées dans le rapport de l'ONZUS de 2005²², force est de constater que le taux de délinquance y est plus élevé (65,6%) que dans le reste du territoire français (47,3%). Au vu des derniers résultats et puisque la population des habitants de ZUS et celle des adolescents de l'EPM présentent des caractéristiques socio-économiques comparables, nous nous permettrons simplement de supposer qu'une partie de ces adolescents en est issue.

Finalement, les résultats de notre enquête viennent appuyer la thèse déjà reconnue de l'existence des inégalités en santé bucco-dentaire au sein de la population française^{4,5,9}. L'association de facteurs sanitaires, socio-économiques et de comportements individuels à risque offre malheureusement un terrain idéal à la dégradation de la santé et plus particulièrement de la santé bucco-dentaire.

2.4.2.2. Facteurs socio-économiques

Les études mettent en avant les déterminants socio-économiques comme frein à l'amélioration de la santé orale. Les personnes les plus touchées viennent des catégories socio-professionnelles, dont les revenus sont les plus faibles et qui ont un niveau éducatif moins élevé. Outre ces principaux critères sociaux de différenciation, la HAS précise que, parallèlement à la précarité des familles, des indicateurs de santé bucco-dentaire moins bons sont retrouvés chez les jeunes scolarisés en ZEP par rapport aux autres enfants^{46,48}.

Philippe Richert⁹⁷ rappelle qu'une « *Zone d'Education Prioritaire est constituée d'un ensemble d'écoles et d'établissements publics locaux d'enseignement liés par un projet d'action commun et accueillant des élèves vivant dans un environnement socio-économique et culturel défavorisé. Le réseau ainsi créé a pour objectif d'améliorer les résultats scolaires des élèves des quartiers défavorisés* ».

Les déterminants psychosociaux comme l'estime de soi, les relations familiales et plus généralement sociales et affectives, influencent également l'intérêt porté à la prise en charge de sa santé. Les facteurs environnementaux et culturels comme le cadre de vie, les conditions de travail, la proximité et la facilité d'accès aux services de santé, varient selon la situation sociale. Il semblerait, alors que la santé dentaire se dégrade très vite avec l'âge dans les milieux plus défavorisés, que les personnes concernées n'aient pas conscience de l'importance ou ne considèrent pas prioritaire le recours à des soins dentaires. Autant que possible, ceux-ci doivent être conservateurs, mais c'est la prise en charge prothétique qui est régulièrement mise en cause. Ainsi le niveau d'information concernant la santé varie indubitablement entre les groupes sociaux. Certains ne voient pas la nécessité de remplacer une dent manquante dans la mesure où il n'y a pas de gêne. Le poids des contraintes financières encourage les personnes à retarder leur adhésion à la démarche de soins, voire à purement à y renoncer. Mais l'enquête Précalog de 1999-2000²⁶ s'interroge sur les raisons qui expliquent deux attitudes ambivalentes chez les personnes les plus démunies : le recours aux soins en cas de douleur et de troubles physiques ou bien, la résistance, le refus de la démarche de soins. Elles s'expliqueraient par un passé juvénile perturbé, mais aussi par une réelle peur d'être confronté à un professionnel de santé en « blouse blanche » et à des soins réputés douloureux^{71,96}.

Une part importante des individus des populations plus défavorisées juge inutile l'adhésion à une couverture complémentaire maladie dans la mesure où ils estiment bonne

leur santé bucco-dentaire. Une autre partie n'a pas les moyens financiers suffisants pour s'y affilier. En 2006, 14,4% des ménages les plus pauvres n'avaient pas de couverture maladie complémentaire contre 7% pour l'ensemble de la population¹⁸. Et parmi ceux qui sont couverts, les plus démunis cotisent pour des formules moins avantageuses. De la même façon qu'il influence la santé orale des individus, le niveau de vie (le fait d'avoir un statut professionnel moins favorisé ou d'être au chômage) est directement lié au fait d'être affilié ou non à une complémentaire santé, non obligatoire, et par extension de consulter un professionnel de santé⁷⁵.

L'assurance maladie complémentaire fait partie des onze déterminants sélectionnés pour établir le score de précarité EPICES¹⁰². En 2000, le Code de la Sécurité Sociale, en créant la Couverture Maladie Universelle (CMU) et sa composante complémentaire (CMU-C), donnait la possibilité d'accéder aux soins nécessaires aux personnes, dont les revenus sont inférieurs à un certain seuil et qui, de fait, s'engageaient peu dans les démarches de santé. Elle voulait ainsi provoquer des comportements nouveaux de soins chez ses bénéficiaires en y facilitant l'accès et en augmentant leur consommation⁴³. Malgré tout, la mise en place de la CMU n'a pas suffi à gommer les inégalités. D'abord les personnes qui renoncent le plus aux soins sont les bénéficiaires potentiels de la CMU-C, c'est-à-dire ceux qui déclarent des revenus inférieurs au seuil fixé pour en bénéficier et qui n'en font pas la demande. Puis celles qui déclarent des revenus juste au dessus du seuil et qui ont un état de santé se rapprochant de celui des bénéficiaires de la CMU⁵⁶. Lors d'une conférence sur la santé des jeunes de 16-24 ans en 2009, le DREES rapporte qu'ils étaient plus nombreux à renoncer aux soins dentaires pour des raisons financières s'ils n'avaient pas de couverture complémentaire (environ 20% pour les hommes sans complémentaire *versus* 7% pour ceux avec complémentaire)³⁸.

Ainsi, alors qu'ils ont presque tous besoin de soins (99%), seuls 42% des mineurs de l'EPM d'Orvault ont eu recours à un chirurgien-dentiste dans les douze mois précédant leur incarcération, la majorité évoquant un simple examen de routine et un quart un bilan-dentaire.

2.4.2.3 Conduites à risque

L'usage de substances psychoactives, quelles qu'elles soient (tabac, alcool, drogue), est bien supérieur chez les mineurs entrant à l'EPM que dans la population générale¹⁰⁸. Il est également nettement supérieur à celui rapporté en 2003 chez les entrants en prison⁸⁸ pour l'alcool (70% pour les mineurs de l'EPM versus 20% de l'ensemble des mineurs incarcérés en 2003) et les drogues (particulièrement le cannabis, 64% pour les mineurs de l'EPM versus 39% de l'ensemble des mineurs incarcérés en 2003).

Associées ou non, ces substances peuvent provoquer chez le consommateur une avalanche de problèmes bucco-dentaires⁹³. Ces conduites à risque, marqueurs individuels d'un mal-être indiscutable, constituent immanquablement un fléau à considérer comme élémentaire dans l'élaboration des démarches de prévention en santé publique. Effectivement la sécheresse buccale, due à l'usage de ces produits, aggrave les conséquences d'une mauvaise hygiène, les patients développant alors plus facilement des gingivites, parodontites, caries et dans les cas les plus extrêmes, des cancers buccaux. Le cannabis est néfaste pour la santé buccale notamment du fait de son action psychique qui entraîne chez le consommateur, outre des troubles du comportement (relaxation, désinhibition, euphorie, troubles de la mémoire), une démotivation et donc une négligence de l'hygiène bucco-dentaire. Pour le cannabis, de la même façon que pour le tabac, des dommages directs sur les dents sont causés par les goudrons qu'ils contiennent⁹³.

2.4.2.4. Habitudes alimentaires

A peine la moitié des mineurs de l'EPM a pour habitude de suivre le modèle français des trois repas quotidiens et environ un tiers n'en fait que deux. La consommation excessive de boissons sucrées et le grignotage trop fréquent sont des habitudes néfastes très courantes chez les adolescents de l'EPM.

Une hygiène de vie inadaptée est incompatible avec le maintien de la santé orale. Elle se manifeste par une alimentation fréquente, inadéquate et peu variée, préférentiellement riche en sucres, l'accumulation de plaque et la présence de facteurs de rétention de plaque. Enfin, l'absence, si ce n'est d'un suivi bucco-dentaire, du moins de soins opportuns, accroît le risque de voir se dégrader rapidement la situation dentaire. Les jeunes prennent indéniablement leur entourage, leur famille comme modèle notamment pour ces

questions de santé, d'hygiène bucco-dentaire et de comportement alimentaire. Mais les disparités qui existent, si importantes soient-elle, entre les comportements sanitaires de tous ces adolescents, nous l'avons vu, ne sont pas les seules causes génératrices d'inégalités en santé dentaire^{3,35,73,99}.

2.4.2.5. Hygiène et Etat de santé bucco-dentaires

La notion de « brossage dentaire quotidien » semble être bien intégrée chez les adolescents de l'EPM dans la mesure où, parmi tous ceux qui ont répondu, 95% déclarent se brosser les dents au moins une fois et une majorité au moins deux fois par jour. Mais finalement, en approfondissant un peu cette question au cours du second rendez-vous, beaucoup admettent que c'est surtout le cas depuis leur incarcération (« ça occupe...»). A l'extérieur ce serait, non pas deux, mais plutôt zéro à une fois par jour. L'enquête « Baromètre santé jeunes » de l'INPES en 1997-1998²³ révélait, entre autre, que l'usage de la brosse à dents varie selon la catégorie socio-professionnelle des parents, les jeunes des classes sociales défavorisées se brossant moins souvent les dents. Les produits d'hygiène bucco-dentaire sont fournis le jour de l'incarcération et seuls deux déclarent utiliser ceux apportés par la famille. Bien entendu ceci ne donne aucune indication sur les techniques de brossage et leur efficacité. Mais si nous nous en référons aux indicateurs de l'état de santé bucco-dentaire, un important travail de prévention et d'enseignement à l'hygiène bucco-dentaire est indispensable.

L'accumulation de plaque du fait d'un brossage inefficace est un facteur de risque de mauvais état de santé bucco-dentaire. Effectivement, la présence de plaque dentaire chez les trois quarts des patients, ajoutée à la nécessité d'un détartrage chez presque tous (94,3%) sont très révélatrices des lacunes des démarches de prévention chez une partie des mineurs de la population. Bien que les données datent d'une dizaine d'années, comparés au reste de la population de cette tranche d'âge, les chiffres de l'EPM sont très nettement supérieurs. Et l'écart ne serait-il pas encore plus important avec des chiffres plus actuels dans la mesure où les campagnes de prévention semblent avoir prouvé leur efficacité depuis plusieurs années ?

Selon le rapport de l'OMS⁹⁴, c'est au niveau mondial que l'amélioration de la santé dentaire des pays développés est observée. Dargent-Paré et Bourgeois (2000), ayant confronté des études réalisées entre 1987 et 1998 confirment cette tendance.

Outre une hygiène dentaire médiocre, cette enquête montre que les adolescents incarcérés à l'Établissement pour Mineurs d'Orvault ont un état de santé dentaire très dégradé. Le nombre moyen de caries de 6,42 est un marqueur des disparités réelles qui existent avec les adolescents de la population générale. Le pourcentage de sujets indemnes de caries est devenu un indicateur intéressant du fait de l'amélioration de la santé dentaire. Malheureusement nous ne pouvons que constater, encore ici, le fossé qui subsiste entre les mineurs de la population générale et ceux de l'EPM. Ceux-ci sont très atteints par la maladie carieuse. Seuls 5,7% en sont indemnes et plus de la moitié ont au moins 5 dents cariées, alors que toutes les études recensées depuis 1999 estiment entre 40 et 73,6% les adolescents de la population générale exempts de caries. Enfin, environ 11% seulement ont au moins 5 dents cariées.

Pour autant, le sentiment d'avoir un état de santé général bon, voire excellent est très prégnant chez les adolescents nouvellement incarcérés.

C'est avant tout l'indice « Carie » qui est responsable d'un indice CAO élevé dans notre enquête. Celui-ci a une valeur allant quasiment du double au triple de tous ceux relevés depuis 1999 en France. Quant aux indicateurs du nombre de dents absentes et obturées, témoins des soins antérieurs, ils sont généralement plus faibles pour les adolescents de l'EPM. Ces variables pourraient corroborer l'hypothèse d'un moindre recours aux soins chez ces derniers. Notons qu'un nombre non négligeable des dents cariées était des récidives et qu'elles avaient été obturées précédemment, ce que l'indice CAO ne précise malheureusement pas, biaisant ainsi les résultats concernant la réalisation de soins antérieurs.

La carie est une maladie bactérienne. Notre propos n'est pas ici d'expliquer le processus de sa formation. Cependant, alors que sa prévalence diminue depuis des années dans les pays les plus riches du monde et particulièrement en France, il s'agit de comprendre pourquoi il existe autant de disparités entre les mineurs des différentes catégories de la population. Ceux qui entrent à l'EPM ne profitent visiblement pas de l'amélioration « générale ». Ce serait une erreur en revanche de certifier qu'il n'existe aucun progrès de santé dentaire dans la mesure où nous ne disposons pas de résultats antérieurs concernant les jeunes incarcérés.

La fréquence et le stade des maladies parodontales sont très mal connus dans la population générale, *a fortiori* chez les adolescents. Klinge et Norlund, dans une revue systématique de la littérature en 2005⁵², rapportaient l'existence du rapport entre le risque de déclarer une parodontopathie et le statut socio-économique des patients. Nous constatons qu'une partie non négligeable de ceux incarcérés à Orvault présente outre des saignements gingivaux, des atteintes plus sérieuses, témoins de la présence d'une maladie parodontale.

2.4.3. Education à la santé

De toute évidence les politiques de prévention et d'éducation pour la santé bénéficient à une grande partie de la population française. Malgré tout, face aux inégalités sociales, la partialité reprend ses droits sur l'équité : leur succès n'est pas unanime.

A la lecture de la littérature, les actions engagées par l'état semblent avoir prouvé leur efficacité. Entre 2006 et 2009, le plan national de prévention bucco-dentaire¹² voulait développer les examens de prévention bucco-dentaire et le recours aux soins chez les « groupes à risque élevé » parmi lesquels étaient distingués les enfants. Outre des séances d'informations organisées sur le temps scolaire chez les élèves de CP et de 6^{ème}, les enfants sont invités à faire faire un examen bucco-dentaire de prévention et de dépistage pris intégralement en charge par l'assurance maladie à des âges clés, suivi de la prise en charge intégrale des soins qui en découlent.

La dégradation de la santé dentaire, marqueur d'exclusion sociale, porte préjudice aux démarches d'insertion socio-professionnelle¹³. Notre enquête confirme l'assertion des services médicaux de l'assurance maladie qui mettent en évidence des groupes à risques particuliers parmi lesquels se trouvent les personnes détenues et pour lesquelles les démarches sanitaires rappelées plus haut semblent n'avoir que peu d'effets.

Le constat est alarmant, tous les résultats de notre enquête en témoignent, l'état de santé bucco-dentaire des patients de l'EPM d'Orvault est véritablement pire que celui de la population générale !

Ainsi, il faut bien prendre conscience qu'outre la nécessité d'engager des actions appropriées, faut-il encore qu'elles atteignent les populations a priori visées. Les caractéristiques sociodémographiques, la santé orale et les comportements à risque (alimentation, tabac, drogue et alcool) des mineurs avant leur incarcération à Orvault les intègrent indiscutablement parmi les adolescents à risque. Est-il besoin de préciser que ce n'est pas leur condition de détenu, a priori, qui a un impact sur leur situation sanitaire. Il apparaît opportun de mettre à profit cette « parenthèse carcérale », quelque courte qu'elle soit, pour envisager des démarches sanitaires qui ne soient pas orientées uniquement vers le traitement des pathologies bucco-dentaires mais qui intègrent judicieusement des méthodes pour leur prévention. L'enjeu est de taille : il faudrait inciter ces adolescents « vulnérables » à faire évoluer leurs comportements d'hygiène et de recours aux soins.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique voit comme une perte de chance pour l'accès aux soins le fait d'être en prison⁸. Pourtant la vie des détenus à l'extérieur est souvent tellement tourmentée, qu'un cadre de vie plus structuré « *avec un rythme régulier [...] permet une meilleure observance. [...] Certains retrouvent un état dentaire supportable, faute d'être parfait, parce que les soins dentaires sont trop chers dehors.* »⁵⁰. « *L'incarcération peut être utilisée comme un temps d'information et de sensibilisation à la pathologie qui doit pousser le patient à un suivi médical dès sa sortie de prison* »⁹¹.

Des contraintes de temps empêchent d'envisager la réalisation intégrale des soins chez la plus grande partie de la population carcérale⁹¹. La durée d'incarcération bien que très variable reste en moyenne de 65 jours à Orvault : seulement 14% ont été libérés alors que les soins avaient été terminés. En 2011, le nombre moyen de consultations dentaires par patient à l'EPM était inférieur à deux (1,9) ! D'où l'importance que revêt la préparation à la libération.

L'autre déterminant à prendre en compte est la faible présence du chirurgien-dentiste. Toutefois, au cours de l'année 2011 sa présence est passée d'une demi-journée à deux demi-journées par semaine, mais il ne faut pas oublier qu'augmenter la présence d'un chirurgien-dentiste pour quarante personnes a un coût.

La prise en charge de sa santé n'étant pas obligatoire, comment motiver ces adolescents en perte de repères à venir à la consultation dentaire pendant leur incarcération et à engager une démarche de soins pérenne. En 2011, le nombre moyen de consultations dentaires non honorées par patient à l'EPM est éloquent : 59%, soit plus d'une consultation sur deux. Outre un manque de motivation venant de ces patients, il faut évoquer également la nécessité de rendez-vous avec leur avocat, le juge, le parloir. Le personnel de l'UCSA n'est alors pas systématiquement averti. Il en est de même concernant les activités auxquelles participent les jeunes ou encore la date de leur libération.

Même s'il ne retourne pas à sa vie de délinquant, l'adolescent libéré reste une personne et un patient fragile. Aussi efficace qu'ait pu être le travail commencé en détention, il faudrait que le suivi à la libération soit organisé, qu'il trouve dans le système de soins de droit commun des structures adaptées pour répondre à ses besoins, à sa prise en charge et qui l'aident à poursuivre les démarches sanitaires évoquées plus haut⁸.

Concernant l'état dentaire des mineurs récidivistes, réincarcérés à l'EPM d'Orvault durant la période de notre enquête. Au vu des premiers résultats dont nous disposons, nous ne pouvons mettre en évidence aucune amélioration significative, mais il semble que l'état dentaire des mineurs ne se soit pas davantage détérioré. Même si la plupart n'ont eu affaire au dentiste que pour ce bilan d'entrée, un quart (2 patients sur 8) ont eu recours au dentiste pour des soins à l'extérieur.

Une difficulté supplémentaire est à prendre en compte pour les mineurs qui avant leur incarcération avaient rompu les liens familiaux. En effet, l'absence d'un cadre de vie stable les pénalise et rend d'autant plus compliquée la gestion de leur santé.

Les plus hautes instances nationales (assemblée nationale¹¹², HCSP) connaissent la réalité de la mauvaise santé orale des nouveaux arrivants rapportée par les professionnels de santé exerçant en prison. Ces jeunes, avant leur incarcération sont en difficulté d'insertion. Ils représentent un public dont la dégradation de la santé dentaire devrait constituer un objectif prioritaire des interventions et des actions de santé³³. Des tentatives pour y apporter des solutions sont engagées : un « *plan d'actions stratégiques en santé sur la période 2010–2014 à destination des personnes placées sous main de justice* » a été

élaboré par un comité interministériel. Il donne des mesures à prendre pour améliorer la santé des personnes détenues selon six axes⁸⁵. L'un des principes de ce plan est que « *la prévention et les soins initiés ou poursuivis pendant la période de l'incarcération doivent contribuer au maintien et à l'amélioration de l'état de santé. Ils participent à la démarche d'insertion. La poursuite des soins et des actions de prévention est préparée avant la sortie de détention* » reprenant l'injonction du guide méthodologique de 2004 relatif à la prise en charge des personnes détenues « *La prise en charge médicale des personnes détenues prend tout son sens si elle s'inscrit dans la durée, c'est-à-dire au-delà du séjour en prison* »⁸³. Faute de pouvoir être terminés à la fin de la détention, les soins devraient pouvoir être poursuivis dans le système de santé de droit commun.

Pour une période allant de 2010 à 2013, une *convention d'objectifs et de gestion entre l'état et la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS)*⁸⁴ est signée. Il est prévu que celle-ci veille au maintien des droits du « détenu-assuré » à la sortie de l'établissement pénitentiaire. Concernant les mineurs, cela l'engage dans la mesure où ceux-ci ne seraient pas couverts par les droits de leurs tuteurs. Elle veut se rapprocher des services de la PJJ et de l'aide sociale à l'enfance afin d'optimiser leurs liens privilégiés avec les enfants.

Cela étant, il ne faut pas perdre de vue que les progrès en santé seront réellement efficaces dans la mesure où des actions auront été entreprises bien en amont de l'univers carcéral. L'obstacle fondamental étant de cibler justement et précisément, les populations les plus à risque.

CONCLUSION

Les adolescents incarcérés à l'EPM d'Orvault viendraient surtout de familles plus défavorisées par rapport à l'ensemble de population.

Pour caractériser leur situation sociale nous relevons d'abord que leur niveau scolaire est généralement peu élevé. L'activité professionnelle de leurs parents est le plus souvent classée parmi les catégories socio-professionnelles les moins aisées, sans omettre qu'une forte proportion est sans activité rémunérée. Une telle répartition est plus régulièrement rencontrée chez les personnes en situation de précarité. S'ajoutent à ces situations difficiles, une vie et une structure familiale bouleversées (familles monoparentales, familles très nombreuses). Ces enfants grandissent dans un environnement plus instable que les adolescents de la population générale et qui occasionne plus facilement des comportements déviants et délinquants.

Compte tenu d'une moyenne de 6,4 caries par jeune à leur arrivée en détention et des besoins de soins chez presque tous, cette étude originale rapporte des résultats qui enfin permettent de confirmer que l'état de santé bucco-dentaire est nettement plus dégradé chez les mineurs de l'EPM par rapport à celui des adolescents de la population générale. Elle réaffirme également que la combinaison de facteurs socio-économiques défavorables, d'habitudes sanitaires inappropriées (hygiène bucco-dentaire et alimentation) et de comportements individuels à risque, aggrave la santé orale des individus et renforce les inégalités de santé.

Le besoin de soins dentaires est donc indiscutable. Mais cette enquête renvoie à une autre problématique. Les plans de prévention et de soins qui sont organisés depuis plusieurs années maintenant, bien qu'ils aient montré leur efficacité pour une majorité de la population, n'atteignent pas toujours les personnes les plus défavorisées. L'intérêt de « profiter » de cette période de réclusion pour initier la démarche de soins n'est pas remis en cause. La durée moyenne d'incarcération est généralement trop courte pour que le nombre de consultations – par rapport aux soins nécessaires – soit suffisant. Il est nécessaire de réévaluer les moyens et les actions qui sont engagés dans l'éducation thérapeutique des adolescents incarcérés. Enfin, il ne faut pas oublier que pour être réellement efficace, il faut agir en amont de l'univers carcéral. L'amélioration de la santé

bucco-dentaire sera vraiment générale si l'important travail de soins et de promotion de la santé est accentué auprès des populations les plus défavorisées.

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de la Santé

CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues

CEF : Centre Educatif Fermé

CES : Centre d'Examens de Santé

CETAF : Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examens de Santé

CGLPL : Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU - C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CNRS-CLERSE : Centre National de la Recherche Scientifique - Centre Lillois d'Etudes et de Recherches Sociologiques et Economiques

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPT : Comité européen pour la Prévention de la Torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants

CSP : Code de Santé Publique

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EPE : Etablissement de Placement Educatif

EPIDe : Etablissement Public d'Insertion de la Défense

EPM : Etablissement Pénitentiaire pour Mineurs

HCSP : Haut Comité de Santé Publique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

SPIP : Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation

UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires

UEAJ : Unité Educative d'Activités de Jour

UE – CER : Unité Educative – Centre Educatif Renforcé

UEHC : Unité Educative d'Hébergement Collectif

UEHD : Unité Educative d'Hébergement Diversifié

UPEI : Unité de Placement Educatif et d'Insertion

ZEP : Zone d'Education Prioritaire

ZUS : Zones Urbaines Sensibles

GLOSSAIRE

- **CENTRES D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT A LA REDUCTION DE RISQUES POUR USAGERS DE DROGUES (CAARUD)** (source : <http://www.drogues-info-service.fr>) :

Issus de la loi du 9 août 2004 qui visait notamment à regrouper les dispositifs de réduction des risques. Il s'adresse à des personnes qui ne sont pas encore engagées dans une démarche de soins ou à celles dont les modes de consommation ou les drogues consommées exposent à des risques majeurs (infections, notamment hépatite C, VIH, accidents, etc.). Une attention particulière est portée aux usagers les plus marginalisés. Leurs missions :

- l'accueil, l'information et le conseil personnalisé des usagers de drogues
- l'aide à l'accès aux soins (hygiène, soins de première nécessité, dépistage des infections transmissibles...)
- le soutien dans l'accès aux droits, au logement et à l'insertion ou à la réinsertion professionnelle
- la mise à disposition de matériel de prévention des infections (trousse d'injection, préservatifs, boîtes de récupération du matériel usager, jetons pour l'automate)
- l'intervention de proximité en vue d'établir un contact avec les usagers
- le développement d'actions de médiation sociale.

- **CENTRE D'EXAMENS DE SANTE** (source : <http://www.ameli.fr>) :

Lieu de prévention et de dépistage, son équipe est composée de médecins, dentistes, infirmières, secrétaires et animatrices santé.

Ses activités consistent à :

- Réaliser des bilans de santé pour les assurés
- Animer des réunions d'information santé
- Participer à des études statistiques départementales, régionales ou nationales sur la santé
- Mener des actions de santé mises en place avec d'autres partenaires.

- **CENTRE EDUCATIF FERME** (source : <http://www.justice.gouv.fr>) :

Structure d'hébergement collectif destinée aux mineurs délinquants multirécidivistes ou multi-réitérants de 13 à 18 ans, pour une période de 6 mois renouvelable. Les mineurs placés dans ces centres font l'objet d'une prise en charge renforcée, répartie sur 3 phases : l'accueil-évaluation, la phase d'activités éducatives et pédagogiques intensives (axée sur la scolarité, l'aspect sanitaire et psychologique et les activités sportives) et enfin, l'élaboration concrète d'un projet d'insertion sociale et professionnelle.

- **CENTRE EDUCATIF RENFORCE** (source : <http://www.justice.gouv.fr>) :

Structure d'hébergement collectif destinée aux mineurs délinquants en grande difficulté ou en voie de marginalisation qui ont besoin, pour un temps limité, d'être éloignés de leur milieu habituel. L'accueil y est organisé par sessions de trois mois autour d'activités éducatives et pédagogiques intensives créant ainsi les conditions d'une rupture. Ce temps court permet à l'équipe éducative d'évaluer les jeunes, leurs situations et les potentialités existantes en termes de solutions durables.

- **COMITE EUROPEEN POUR LA PREVENTION DE LA TORTURE et des peines ou traitements inhumains ou dégradants** (source : <http://www.cpt.coe.int/fr>) :

Le CPT a été établi par la « Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants » du Conseil de l'Europe qui est entrée en vigueur en 1989. Il a pour mission de prévenir les mauvais traitements des personnes privées de liberté en Europe. Le CPT visite des lieux de détention afin d'évaluer la manière dont les personnes privées de liberté sont traitées. Ces lieux incluent les prisons, centres de détention pour mineurs, postes de police, centres de rétention pour étrangers, hôpitaux psychiatriques, foyers sociaux, etc.

- **CONDAMNE** (source : <http://www.vosdroits.service-public.fr>) :

A partir du moment où la condamnation est devenue définitive (voies de recours épuisées), le détenu est désigné comme "condamné". Il est incarcéré dans une maison centrale, un centre de détention, un établissement pénitentiaire spécialisé pour mineurs, un centre de

semi-liberté ou un centre pour peines aménagées. A titre exceptionnel, les maisons d'arrêt peuvent recevoir des condamnés à un emprisonnement égal ou inférieur à 2 ans.

- **COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE (CMU)** (source : <http://www.ameli.fr>) :

La CMU de base permet à toute personne résidant en France de façon stable et régulière et ne pouvant relever à aucun autre titre d'une couverture maladie, de bénéficier de la sécurité sociale. Elle vise à faire disparaître les obstacles et les difficultés que rencontrent de nombreuses personnes dans l'accès à la prévention et aux soins. Il s'agit donc d'un véritable droit pour tous à l'accès aux soins, sous condition de résidence.

- **COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE Complémentaire (CMU-C)** (source : <http://www.ameli.fr>) :

Elle permet à toute personne, résidant régulièrement en France et de façon ininterrompue depuis plus de trois mois, de bénéficier d'une protection complémentaire gratuite et renouvelable.

- **DECISION CIVILE ET DECISION PENALE** (source : <http://www.vosdroits.service-public.fr>) :

Une personne victime d'une infraction (contravention, délit ou crime) peut faire appel à la justice pour :

- faire condamner l'auteur par l'application d'une sanction (amende, peine d'emprisonnement, ...) : il s'agit d'une **action pénale**,
- obtenir la réparation de son préjudice : il s'agit d'une **action civile**.

La victime a le choix de mettre en œuvre l'une ou l'autre de ces actions ou les 2.

- **DELINQUANT** (Source : *Petit Robert. Dictionnaire de la langue française. Le Robert. Mai 1992*) :

Acte constituant un délit.

- **DELIT** (Source : *Petit Robert. Dictionnaire de la langue française. Le Robert. Mai 1992*) :

Droit pénal et courant (sens large). Délit ou délit pénal : toute infraction à la loi, punie par elle.

- **ETABLISSEMENT DE PLACEMENT EDUCATIF (EPE)** (source : <http://www.justice.gouv.fr>) :

Les établissements de placement éducatif comprennent une Unité éducative d'hébergement collectif (UEHC) à laquelle peuvent s'ajouter une ou plusieurs unités d'hébergement diversifié (UEHD) ou de centre éducatif renforcé (UE-CER).

- **L'unité éducative d'hébergement collectif (UEHC)** assure l'accueil de mineurs sous mandat judiciaire sans délai ni préparation (accueil d'urgence) ou / les accueils préparés. L'UEHC a une capacité d'accueil de 10 à 12 garçons et/ou filles de 13 à 18 ans.

- **L'unité éducative d'hébergement diversifié (UEHD)** regroupe un éventail de prises en charge tels que l'hébergement individuel en structure collective (foyer de jeunes travailleurs, résidence sociale, réseau des fermes d'accueil à dimension sociale) et l'hébergement en familles d'accueil. Ce dispositif permet aux adolescents de trouver un compromis entre besoin d'accompagnement et acquisition d'une nécessaire autonomie.

- **L'unité éducative "centre éducatif renforcé" (UE-CER)** accueille un petit groupe de 6 à 8 de mineurs délinquants. L'objectif est de créer une rupture temporaire du mineur tant avec son environnement qu'avec son mode de vie habituel. La prise en charge repose sur un encadrement éducatif permanent dans tous les actes de la vie quotidienne comme dans les activités ; la mise en place de séjours de rupture favorisant la mobilisation et l'apprentissage de règles. Les sessions organisées ne peuvent excéder 6 mois.

- **ETABLISSEMENTS DE PLACEMENT EDUCATIF ET D'INSERTION (EPEI)** (source : <http://www.justice.gouv.fr>) :

Ils sont constitués d'une ou plusieurs unités éducatives d'hébergement parmi les UEHC, UEHD, UE-CER et d'une ou plusieurs unités éducatives d'activités de jour (UEAJ).

- **Les unités éducatives d'activités de jour (UEAJ)** : organisent des activités scolaires, professionnelles, culturelles et sportives adaptées aux mineurs qui font l'objet d'une décision judiciaire mise en œuvre par un établissement ou un service du secteur public de la protection judiciaire de la jeunesse. Elles participent à la prise en charge des jeunes en vue de les préparer à l'accès aux dispositifs de socialisation et de formation de droit commun. Elles organisent, par ailleurs, l'exercice des mesures d'activité de jour ordonnées par l'autorité judiciaire

- **ETABLISSEMENTS PUBLICS D'INSERTION DE LA DEFENSE** (source : <http://www.epide.fr>):

Ils ont pour mission d'assurer l'insertion sociale et professionnelle de jeunes en difficulté scolaire, sans qualification professionnelle ni emploi, en risque de marginalisation et volontaires au terme d'un projet éducatif global, la formation dispensée contribuant à une insertion durable.

Pour réaliser cette mission, l'EPIDE crée et gère des centres de formation civils, organise les programmes pédagogiques dispensés dans ces centres et accueille et héberge les jeunes en internat dans le cadre de ces parcours qui peuvent durer de 8 mois à 2 ans.

L'EPIDE intervient comme un maître d'œuvre agissant sur quatre composantes permettant l'insertion sociale et professionnelle, compte tenu du profil des jeunes volontaires : la socialisation, la formation, l'orientation et l'insertion.

- **FAMILLE DISSOCIEE** (source : MUCCHIELLI L. *Monoparentalité, divorce et délinquance juvénile : une liaison empiriquement contestable. Déviance et Société, 2001; 25 (2) : 209-228.* <http://www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2001-2-page-209.htm>):

Ce sont les familles dont l'un des parents est absent. Cela comprend le veuvage, les divorces et séparations, les conflits temporaires, les mutations professionnelles, le service militaire, les hospitalisations, les incarcérations, etc.

- **FAMILLE TRADITIONNELLE** (source : VIVAS E. *1,2 million d'enfants de moins de 18 ans vivent dans une famille recomposée. Insee, moyenne annuelle des enquêtes Emploi de 2004 à 2007. Insee Première 2009;1259 :1-4.*) :

Elle est définie dans cet article comme une famille composée d'un couple d'adultes, mariés ou non, et d'enfants nés de leur union (ou adoptés ensemble) partageant la même résidence principale.

- **HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE (HCSP)** (source : <http://www.hcsp.fr>):

Créé par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique il établit chaque année les objectifs et les plans d'action de santé publique du gouvernement. Il participe en amont à la gestion des risques sanitaires ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaire.

- **JUGE DES ENFANTS** (source : <http://www.vosdroits.service-public.fr>) :

Il est spécialement compétent, au sein du tribunal de grande instance, pour s'occuper des mineurs en danger et des mineurs délinquants. Il intervient quand la santé, la sécurité ou la moralité d'un enfant sont en danger ou quand les conditions de son éducation sont compromises. Il intervient également lorsque des infractions sont commises par un mineur.

- **MESURE DE PLACEMENT** (source : <http://www.ado.justice.gouv.fr>):

Consiste à placer un mineur délinquant ou un mineur en danger dont les conditions d'éducation sont gravement compromises, dans un établissement spécialisé relevant du secteur public ou privé. En principe les parents continuent à exercer leur autorité parentale sauf si l'intérêt de l'enfant l'exige, notamment s'ils sont les auteurs des mauvais traitements.

- **MESURES DE REPARATION** (source : <http://www.ado.justice.gouv.fr>) :

Mesure éducative dont l'objectif est de faire prendre conscience à l'auteur de l'infraction des conséquences de son acte. Le mineur coupable va réparer directement ou indirectement le tort qu'il a causé à la victime ou à la collectivité.

- **MESURES D'INVESTIGATION** (source : <http://www.justice.gouv.fr>):

Elles sont prescrites en matière civile et pénale. Avec un degré d'approfondissement graduel, elles permettent au juge des enfants de mieux cerner la personnalité, le parcours et l'environnement d'un jeune dont il examine le cas. Pendant la durée nécessaire à l'investigation, le juge des enfants peut éventuellement procéder à un placement judiciaire.

- **MESURE D'INSERTION** (source : <http://www.justice.gouv.fr>) :

Cette mesure d'activité de jour est une mesure éducative pénale. Elle consiste en « la participation du mineur à des activités d'insertion professionnelle ou scolaire soit auprès d'une personne morale de droit public, soit auprès d'une personne morale de droit privé exerçant une mission de service public ou d'une association habilitées à organiser de telles activités, soit au sein du service de protection judiciaire de la jeunesse auquel il est confié ».

- **OBSERVATOIRE REGIONALE DE LA SANTE** (source : <http://www.fnors.org>) :

Il en existe 26 en France. Leur objectif est d'améliorer l'information sur l'état de santé et sur les besoins des populations régionales, dans le cadre d'une mission d'aide à la décision. Ils contribuent ainsi à mettre à disposition des informations sur la santé, en recherchant les données disponibles, en les validant, en les analysant et en les diffusant, afin de permettre leur prise en compte dans l'élaboration des choix des décideurs (élus, administrations, organismes de protection sociale, établissements et professionnels de santé...)

- **PAUVRETE EN CONDITIONS DE VIE** (source : *CONSEIL DE L'ONPES. Bilan de 10 ans d'observation de la pauvreté et de l'exclusion sociale à l'heure de la crise. Rapport 2009-2010. Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion sociale. Direction de l'information légale et administrative, 2010.*) :

Elle est mesurée par l'indicateur qui synthétise les réponses à vingt-sept questions relatives à quatre grands domaines (contraintes budgétaires, retards de paiement, restrictions de consommation et difficultés de logement). Cet indicateur cumule, pour chaque ménage, le nombre de difficultés sur les vingt-sept retenues. La proportion de ménages subissant au moins huit carences ou difficultés a été retenue pour définir le taux de pauvreté en conditions de vie, afin de retrouver le même ordre de grandeur que le taux de pauvreté monétaire. Jusqu'en 2004, il est calculé par l'enquête permanente sur les Conditions de vie des ménages (EPCV); depuis cette date, il est calculé à partir du dispositif européen (*Statistics on Income and Living Conditions – SILC*).

- **PREVENU** (source : <http://www.vosdroits.service-public.fr>):

Un prévenu est une personne accusée d'un délit ou d'un crime en attente de passer en jugement, après une période d'instruction.

Elle peut être laissée en liberté, placée sous contrôle judiciaire, assignée à résidence ou mise en détention provisoire, c'est-à-dire incarcérée.

- **PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE** (source : CHOQUET M, HASSLER C et MORIN D. *Santé des 14-20 ans de la protection judiciaire de la jeunesse (secteur public), sept ans après. Paris : INSERM, 2005.*) :

Elle fait partie du système de protection de l'enfance reposant sur deux modes d'intervention :

- le secteur administratif (conseil général, ASE) :

Il a un rôle préventif en direction des enfants en risque de danger et d'autre part un rôle éducatif et financier auprès des enfants orientés par le juge des enfants,

- le secteur judiciaire :

Au sein de ce dernier, la protection judiciaire de la jeunesse a pour mission de mettre en œuvre les décisions de justice concernant les mineurs en dangers ou délinquants, ainsi que les jeunes majeurs sous protection judiciaire, dans les services du secteur public ou dans ceux du secteur associatif habilité.

Les services du secteur public mettent en œuvre différents types de mesure (investigation, action éducative en milieu ouvert ou en hébergement, mesures de probation et peines, sanctions éducatives, aménagement des peines) et assurent différentes missions (insertion, suivi de la détention, permanence éducative auprès du tribunal, prévention). Les structures sont les suivantes : des centres d'action éducative exerçant en milieu ouvert ; des foyers d'action éducative ; des centres de placement immédiat ; des centres éducatifs renforcés ; des centres éducatifs fermés.

La dimension pluridisciplinaire des professionnels en présence auprès du public fait appel à une majorité de personnels éducatifs complétée par des professeurs techniques, psychologues, assistants de service social et infirmiers ainsi que des vacations de médecins psychiatres.

Décret n° 2008-689 du 9 juillet 2008 relatif à l'organisation du ministère de la justice NOR: JUSG0814277D Version consolidée au 31 décembre 2010 : (source : <http://www.legifrance.gouv.fr>)

La **direction de la protection judiciaire de la jeunesse** est chargée, dans le cadre de la compétence du ministère de la justice, de l'ensemble des questions intéressant la justice des mineurs et de la concertation entre les institutions intervenant à ce titre.

A ce titre, elle :

- en liaison avec les directions compétentes, conçoit les normes et les cadres d'organisation de la justice des mineurs ;
- garantit, directement ou par son secteur associatif habilité, une aide aux décisions de l'autorité judiciaire ;
- assure directement, dans les services et établissements de l'Etat, la prise en charge de mineurs sous main de justice ;
- garantit à l'autorité judiciaire, par le contrôle, l'audit et l'évaluation, la qualité de l'aide aux décisions et celle de la prise en charge quel que soit le statut des services et établissements sollicités ;
- en liaison avec le secrétariat général, définit et conduit la politique des ressources humaines menée au profit des personnels des services déconcentrés et élabore les règles statutaires applicables aux corps propres à la protection judiciaire de la jeunesse. Elle développe les outils de gestion prévisionnelle. Elle assure un suivi individualisé des carrières. Elle conduit la politique de formation mise en œuvre par l'Ecole nationale de protection judiciaire de la jeunesse (ENPJJ) ;
- détermine les objectifs stratégiques et opérationnels, définit les besoins de fonctionnement et d'équipement, répartit les ressources et les moyens entre les différents responsables fonctionnels et territoriaux.

- **SECTEUR PUBLIC** (source : <http://www.justice.gouv.fr>):

Décret no 2007-1573 du 6 novembre 2007 relatif aux établissements et services du secteur public de la protection judiciaire de la jeunesse

Art II. – Les établissements du secteur public de la protection judiciaire de la jeunesse sont : les établissements de placement éducatif et les centres éducatifs fermés.

- **SERVICE MEDICAL de l'Assurance Maladie** (source : <http://www.ameli.fr>):

Exerce une mission de service public. Opérateur de la régulation, il concourt, aux côtés des professionnels de santé, à un meilleur fonctionnement du système de santé. Son ambition est de contribuer à assurer, avec l'ensemble de l'Assurance Maladie, l'accès de tous à des soins de qualité au meilleur coût.

- **STRUCTURES DU SECTEUR ASSOCIATIF HABILITE (SAH)** (source : <http://www.justice.gouv.fr>):

Les structures gérées par des associations (régies par la loi de 1901) peuvent être habilitées afin de mettre en œuvre des décisions judiciaires civiles et pénales. Ce secteur recouvre plus de 1 200 établissements et services.

L'habilitation apporte la garantie aux magistrats de la qualité de la prise en charge et de la probité des personnels exerçant au sein de ces structures. L'habilitation "Justice" (possibilité de mettre en œuvre les décisions civiles et pénales) est délivrée par le représentant de l'Etat dans le département, après avis du président du Conseil général et après instruction par les directions déconcentrées de la PJJ.

L'habilitation entraîne la tarification de la structure. L'Etat finance les décisions judiciaires d'investigation et les mesures pénales, le conseil général finance les décisions judiciaires civiles.

- **TAUX DE SCOLARISATION** (source : <http://www.insee.fr>) :

Pourcentage de jeunes d'un âge de scolarisation donné qui sont scolarisés par rapport à l'ensemble de la population du même âge.

- **TRIBUNAL POUR ENFANTS** (source : <http://www.vosdroits.service-public.fr>) :

Les mineurs auxquels est imputée une infraction grave qualifiée de crime ou de délit ne peuvent pas être déférés devant les juridictions pénales ordinaires mais peuvent devoir répondre de leurs actes devant les tribunaux pour enfants, les tribunaux correctionnels pour mineurs ou les cours d'assises des mineurs.

- **ZONES URBAINES SENSIBLES (ZUS)** (source : <http://www.insee.fr>):

Ce sont des territoires infra-urbains définis par les pouvoirs publics pour être la cible prioritaire de la politique de la ville, en fonction des considérations locales liées aux difficultés que connaissent les habitants de ces territoires.

La loi du 14 novembre 1996 de mise en œuvre du pacte de relance de la politique de la ville distingue trois niveaux d'intervention :

- les zones urbaines sensibles (ZUS) ;
- les zones de redynamisation urbaine (ZRU) ;

- les zones franches urbaines (ZFU).

Les trois niveaux d'intervention ZUS, ZRU et ZFU, caractérisés par des dispositifs d'ordre fiscal et social d'importance croissante, visent à répondre à des degrés différents de difficultés rencontrées dans ces quartiers.

BIBLIOGRAPHIE

1 AGENCE PUBLIQUE POUR L'IMMOBILIER DE LA JUSTICE.

Rapport d'activité
Paris : APIJ, 2007.

2 ALLONIER C, DOURGNON P et ROCHEREAU T.

Enquête sur la santé et la protection sociale 2008.
Institut de recherche et documentation en économie de la santé, 2010; n°1800.

3 AZOGUI-LEVY S.

Santé dentaire : quelques repères.
Encycl Méd Chir (Paris), Traité de médecine Akos, 7-1102,2010 ;3..

4 AZOGUI-LEVY S et BOY-LEFEVRE M.

La santé buccodentaire en France.
Actual Dossier Santé Publique 2005;51:4-8.

5 AZOGUI-LÉVY S et ROCHEREAU T.

Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire. Exploitation de l'enquête « Santé et protection sociale » 2000.
Bull Inf Econ Santé 2005; 94 : 8.

6 AZOGUI-LEVY S, BOURDILLON F, ITTAH-DESMEULLES H et coll.

Etat dentaire, recours aux soins et précarité.
Rev Epidémiol Santé Publique 2006;54:203-211.

7 BANCHEREAU C, DOUSSIN A, ROCHEREAU T et SERMET C.

L'évaluation sociale du bilan bucco-dentaire : le BBD a-t-il atteint sa cible ?
Paris : CREDES,2002 ;1396.

8 BERTRAND-MAPATAUD M, CHAROY N, CHERUEL PICARD MC et coll.

Peut-on soigner en prison ? Module interprofessionnel de santé publique.
Rennes : Ecole des Hautes Etudes en Santé publique. 2009

9 BEYNET A et MENAHEM G.

Problèmes dentaires et précarité.
Bull Inf Econ Santé2002 ;48 :6.

10 BONNET GALZY MC, LALANDE F et FELTZ F .

Rapport sur les besoins d'hospitalisation des personnes incarcérées et le devenir de l'établissement d'hospitalisation public national de Fresnes. Inspection générale des affaires sociales : Inspection générale des services judiciaires.

Paris : La Documentation Française, 1995.

11 BOURNOT MC, LELIEVRE F et TALLEC A.

La santé des consultants des centres d'examen de santé en situation de précarité. Etude réalisée dans le cadre du programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité (PRAPS 2003 2004).

Nantes : Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire, 2003.

12 BUREAU DE LA SANTE DES POPULATIONS « MC1 »

Santé générale des populations. Plan national de prévention bucco-dentaire 2006 -2009.

Direction Générale de la Santé.

<http://www.sante.gouv.fr>

13 BUREAU DE LA SANTE DES POPULATIONS « MC1 »

Santé bucco-dentaire. Synthèse du Plan national de prévention bucco-dentaire 2006 -2009.

Direction Générale de la Santé.

<http://www.sante.gouv.fr>

14 BUREAU DES ETUDES, DE LA PROSPECTIVE ET DES METHODES.

Statistique mensuelle de la population écrouée et détenue en France, situation au 1^{er} septembre 2011.

Direction de l'Administration Pénitentiaire, 2011.

<http://www.justice.gouv.fr>

15 CADET – TAÏROU A, GANDILHON M, LAHAIE E et coll.

Drogues et usages de drogues en France. Etat des lieux et tendances récentes 2007–2009 en France.

Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND.

Saint Denis : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 2010.

16 CAINNE P, CHEVALIER E, HELARY A et coll.

Santé mentale et prise en charge des mineurs détenus : état des lieux, évolutions, enjeux.

Module interprofessionnel de santé publique.

Rennes : Ecole des Hautes Études en Santé Publique, 2011

17 CAMBOIS E et JUSOT F.

Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe : une revue des études comparatives. InVS.

Bull Epidémiol Hebdo. Instit Veille Sanitaire 2007; **2/3**:10-14.

18 CASES C.

L'accès à la complémentaire santé pour les plus défavorisés : quel bilan ?

La lettre du collègue. Collège des économistes de la santé 2008 ;**2**.

19 CENTRE D'EXAMENS DE SANTE.

Etude de l'état bucco-dentaire de la population reçue au CES en 1999.

Saint Nazaire : Centre d'examens de santé de la caisse primaire d'assurance maladie de Saint-Nazaire,2000.

20 CHABERT R, MATYSIAK M, GRADELET J et CHAMADOT MF.

Le bilan bucco-dentaire: suivi prospectif d'adolescents en France. Etat de santé bucco-dentaire des adolescents de 15 ans en 1999.

Rev Med Assur Mal 2003 ;**34** (1) :15-21.

21 CHANTRAINE G.

Mineurs incarcérés : récits de prison et prison des récits.

Actualité de la recherche, Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales, 2009;**22**.

22 CHARVET AM (directrice de publication).

Observatoire national des zones urbaines sensibles. Rapport 2005.

Délégation interministérielle de la ville. Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement. Ministère délégué à la cohésion sociale et à la parité.

23 CHEN M, ANDERSEN R.M, BARMES D.E, LECLERCQ M-H, LYTTLE C.S.

Comparing oral health care systems. A second international collaborative study.

Genève: World Health Organization, in collaboration with Center for Health Administration Studies, the University of Chicago,1997.

24 CHODORGE G et COLIN M.

La réforme de la médecine pénitentiaire.

Actual Dossier Santé Publique 1993 ;**3** :2-5.

25 CHOQUET M, HASSLER C et MORIN D.

Santé des 14-20 ans de la protection judiciaire de la jeunesse (secteur public), sept ans après.

Paris : INSERM, 2005.

26 COLLET M, MENAHEM G et PICARD H.

Logiques de recours aux soins des consultants des centres de soins gratuits. Enquête Préalog 1999-2000.

Bull Inf Econ Santé 2006;**113** :8.

27 COMITE EUROPEEN DE COOPERATION PENOLOGIQUE.

Les règles pénitentiaires européennes.

Paris : Direction de l'administration pénitentiaire. Ministère de la justice, 2006.

28 COMITE EUROPEEN POUR LA PREVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DEGRADANTS.

Neuvième rapport général d'activités sur la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 1998.

Strasbourg : Conseil de l'Europe, 1999.

29 CONSEIL DE L'ONPES.

Bilan de 10 ans d'observation de la pauvreté et de l'exclusion sociale à l'heure de la crise. Rapport 2009-2010.

Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion sociale. Direction de l'information légale et administrative, 2010.

30 CONTROLEUR GENERAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTE.

Les droits sociaux des personnes détenues.

Rapport annuel d'activité 2011.

Dossier de Presse 2012 ;**cahier 2** :8-10.

31 CORMIER M.

Les droits des malades dans la loi du 4 mars 2002.

Actual Dossier Santé Publique 2002 ;**40**:6-10.

32 COURTIN C.

France / La responsabilité pénale des mineurs dans l'ordre interne et international.

Rev Int Droit Pénal 2004 ;**75** (1) :337-353.

33 CRES DE BRETAGNE.

Former à intervenir en éducation pour la santé avec des personnes en situation de précarité.
Guide du formateur.
Rennes : CRES de Bretagne, 2003.

34 DANET S (sous la direction de).

L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique.
Rapport de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques, 2011.

35 DARGENT –PARE C et BOURGEOIS D.

La santé bucco-dentaire.
In : LECLERC A, FASSIN D, GRANDJEAN H, et coll, eds. Les inégalités sociales de santé.
Paris : La Découverte. Recherches, 2000 :267 – 282.

36 DESCHAMPS C, AMEISEN JC, BLOCH-LAINE JF et coll.

La santé et la médecine en prison. Avis n° 94.
Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, 2005.

37 DIRECTION DE LA GESTION DU RISQUE. ECHELON NATIONAL DU SERVICE MEDICAL. AGENCE COMPTABLE/CONTRÔLE DE GESTION.

Campagne nationale de prévention bucco-dentaire. Article 31 annexe V de la convention nationale des chirurgiens-dentistes. Circulaire 22 mai 1998.
Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. 1998; DGR N°53/98 – ENSM N° 25/98 –ACCG N° 11/98.

38 DIRECTION DE LA RECHERCHE DES ETUDES DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES.

Recours et renoncement aux soins des jeunes.
Conférence biennale sur la santé des jeunes, 29 Octobre 2009 : 33-36

39 DURIF-BRUCKERT C, FIEULAIN N et MENDES-LEITE R.

Précarité et santé : points de vue et débat psychosocial.
Canal Psy. Avril/mai 2006.

40 ESCALON H, BOSSARD C et BECK F.

Baromètre santé nutrition 2008.
Saint-Denis : Baromètre Santé, 2009.

41 FEUR E, LABEYRIE C, BOUCHER J Et coll.

Indicateurs de santé chez les collégiens et lycéens du Val-de-Marne, France, en 2005 : excès pondéral, atteinte carieuse et risque de dépression.

Bull Epidémiol Hebdo Instit Veille Sanitaire 2007;**4**:29-33.

42 GAILLET S et BAILLON-JAVON E.

Evaluation médicale de l'examen bucco-dentaire en région Ile-de-France.

Paris : Service médical de l'assurance maladie d'Ile-de-France, Décembre 2009.

43 GEORGES P.

La lettre du fonds de financement de la couverture maladie universelle.

Références 2001 ;**1** :1-4.

44 GONZALEZ B, CHASLERIE A, BOUCHAT C et coll.

Prévention bucco-dentaire Évaluation médicale du dispositif conventionnel dans la région des Pays de la Loire.

Rev Méd Assur Mal 2001;**32**(1):19-26.

45 GUERIN G.

La santé en prison.

Actual Dossier Santé Publique 2003;**44**:17-54.

46 GUIGNON N, HERBET JB, DANET S et FONTENEAU L.

La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième en 2003-2004. Premiers résultats.

Etudes Résultats 2007;**573**:1-8.

47 GUILLAUD M, PRAT H, DEMATONS MN et BLUM-BOISGARD C.

Evaluation de la réalisation du bilan bucco-dentaire conventionnel.

Rev Epidémiol Santé Publique 2004;**52**: 39-51.

48 HAUTE AUTORITE DE SANTE.

Stratégie de prévention de la carie dentaire. Synthèse et Recommandations.

Recommandations de santé publique, 2010.

<http://www.has-sante.fr>

49 INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE.

La promotion de la santé en milieu pénitentiaire. Compte-rendu de la session. Journées de la prévention.

Paris – Centre universitaire des Saints Pères, 19 -20 Mai 2011,.

50 KANOUI-MEBAZAA V et VALANTIN MA.

La santé en prison.

Les Tribunes de la santé, 2007;**17** (4) : 97-103.

51 KENSEY A, CASSAN F et TOULEMON L.

Enquête sur l'histoire familiale d'un échantillon de détenus.

Cah Démogr Pénitent 2000 ;**9** :1-15.

52 KLINGE B et NORLUND A.

A socio-economic perspective on periodontal diseases: a systematic review.

J Clin Periodontol 2005;**32** (suppl 6):314-325.

53 KOCOGLU D, MARTIAL F, NAUDY-FESQUET I et coll.

Tableaux de l'économie française, édition 2012.

INSEE. 2012

<http://insee.fr>

54 LATHAUD JA, RANDE J et TENAILLON S.

Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1^{er} janvier 2011.

Paris :Direction de l'Administration Pénitentiaire. Ministère de la justice et des libertés, 2011.

55 LAZARUS A.

Conférence sur Les conséquences de la précarité du point de vue sociologique.

Prati Santé Mentale 2000;**1**:5-11.

56 LE FUR P et PERRONNIN M.

L'état de santé des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire en 2002.

Bull Inf Econ Santé 2003;**76**:6.

57 LEGIFRANCE

Article R6112-14 et Article R6112-16. Section 2 : Soins dispensés en milieu pénitentiaire.

Code de santé publique.

<http://www.legifrance.gouv.fr>

58 LEGIFRANCE

Circulaire de la DAP n° 2007-G4 du 8 juin 2007 relative au régime de détention des mineurs.

NOR : JUSK0740097C. Bulletin officiel du ministère de la justice

<http://www.legifrance.gouv.fr>

59 LEGIFRANCE

Circulaire interministérielle DGS/DHOS/DAP/DPJJ/MC1 n° 2008-158 du 13 mai 2008 relative à la prise en charge sanitaire des mineurs incarcérés.
<http://www.legifrance.gouv.fr>

60 LEGIFRANCE

Circulaire N° 27 DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale.

Ministère des solidarités, de la santé et de la famille. Ministère de la justice
<http://www.legifrance.gouv.fr>

61 LEGIFRANCE

Décret n°2007 - 749 du 9 mai 2007 relatif au régime de détention des mineurs et modifiant le code de procédure pénale. NOR : JUSG0751734D. Version consolidée au 01 juin 2007.
<http://www.legifrance.gouv.fr>

62 LEGIFRANCE

Décret n° 2007-1573 du 6 novembre 2007 relatif aux établissements et services du secteur public de la protection judiciaire de la jeunesse. NOR : JUSF0757715D. Version consolidée au 01 novembre 2011.
<http://www.legifrance.gouv.fr>

63 LEGIFRANCE

Décret n° 2008-689 du 9 juillet 2008 relatif à l'organisation du ministère de la justice NOR: JUSG0814277D Version consolidée au 31 décembre 2010.
<http://www.legifrance.gouv.fr>

64 LEGIFRANCE

Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice. NOR: JUSX0200117L. Version consolidée au 19 mai 2011.
<http://www.legifrance.gouv.fr>

65 LEGIFRANCE

Loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs. NOR : JUSX0755260L. Version consolidée au 11 août 2007.
<http://www.legifrance.gouv.fr>

66 LEGIFRANCE

Loi n°2011-1940 du 26 décembre 2011 visant à instaurer un service citoyen pour les mineurs délinquants. NOR : JUSX112624L. Art 1, 2,4.

<http://www.legifrance.gouv.fr>

67 LEGIFRANCE

Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. NOR : SPSX9300136L version consolidée du 20 décembre 2003.

<http://www.legifrance.gouv.fr>

68 LEGIFRANCE

Ordonnance n°45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante. Version consolidée au 29 mars 2012.

<http://www.legifrance.gouv.fr>

69 LEGLEYE S, BECK F, SPILKA S, LE NEZET O.

Drogues à l'adolescence en 2005. Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France – Résultats de la cinquième enquête nationale ESCAPAD.

Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies , 2010, 76p.

70 LOISY C.

Pauvreté, précarité, exclusion. Définitions et concepts. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

Ministère de l'emploi et de la solidarité. Les travaux de l'observatoire, 2000.

71 LOMBRIL P et PASCAL J.

Inégalités sociales de santé et accès aux soins .

Tribunes Santé 2005;8:31-39.

72 LOPEZ R et BAELUM V.

Cannabis use and destructive periodontal diseases among adolescents.

J Clin Periodontol 2009; **36** :185-189.

73 LUPI-PEGURIER L, BOURGEOIS D et MULLER-BOLLA M.

Epidémiologie de la carie.

Encycl Méd Chir (Paris), Médecine buccale,28-260-D-10, 2009 :1-13.

74 MANSUY A et ROBERT J.

Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle. Enquêtes Emploi (1er au 4ème trimestre 2009).

Insee, 2009.

<http://www.insee.fr>

75 MARICAL F et DE SAINT POL T.

La complémentaire santé : une généralisation qui n'efface pas les inégalités.

INSEE Première 2007;**1142**:1-4.

76 MASUREL H.

Observatoire national des zones urbaines sensibles. Rapport 2010.

Saint-Denis la Plaine :Les Editions du CIV, 2010.

77 MATYSIAK M, GALLIOT M, GRADELET J et CHABERT R.

Evaluation médicale de l'état de santé bucco-dentaire des adolescents de 15 ans dans la région Rhône-Alpes.

Rev MédiAssur Mala, 2002;**33**(4):277-284.

78 MEUNIER P.

Enquête démoscopie : les adolescents et leurs dents. La santé des adolescents, état des lieux et perspectives. Les enseignements à en tirer dans le domaine de la santé bucco-dentaire.

Paris : Colloque national de santé publique, UFSBD, 26 septembre 2002:31-42.

79 MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE.

La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. (Avis et rapports ; 1244 – 5622)

Rennes : ENSP, 1998.

80 MINISTERE DE LA JUSTICE.

Les établissements de placement. JustiMémo.

<http://www.justice.gouv.fr>

81 MINISTERE DE LA JUSTICE.

Programme pénitentiaire issu de la loi d'orientation et de programmation pour la justice 2003 - 2007. Communiqué de presse, 2002

<http://www.justice-gouv.fr>

82 MINISTERE DE LA JUSTICE.

Visite de Madame Rachida Dati, Garde des Sceaux, ministre de la Justice. Etablissement pénitentiaire pour mineurs (EPM) de Laval.

Dossier de presse, 2007.

<http://www.justice-gouv.fr>

83 MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE ET MINISTERE DE LA JUSTICE.

Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues.

Ministère de la santé et de la protection sociale et ministère de la justice, 2004.

<http://www.sante.gouv.fr>

84 MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, MINISTERE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA REFORME DE L'ETAT, MINISTERE DU TRAVAIL, DE LA SOLIDARITE ET DE LA FONCTION PUBLIQUE et CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES

Convention d'objectifs et de gestion entre l'état et la CNAMTS pour la période 2010-2013.

<http://www.securite-sociale.fr>

85 MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS et MINISTERE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTES.

Plan d'actions stratégiques 2010 -2014. Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice.

Ministère de la santé et des sports. Ministère de la justice et des libertés, 2010.

<http://www.sante.gouv.fr>

86 MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA COHESION SOCIALE.

Instruction DBS/MC1/DGOS/R4 n°2011-206 du 29 août 2011 relative à la réalisation d'un examen bucco-dentaire des personnes détenues lors de leur arrivée en établissement pénitentiaire et à la réduction du risque infectieux associé aux soins dentaires. NOR :ETSP1115156J.

<http://www.sante.gouv.fr>

87 MOULIN JJ, DAUPHINOT V, DUPRÉ C et coll.

Inégalités de santé et comportements : comparaison d'une population de 704 128 personnes en situation de précarité à une population de 516 607 personnes non précaires, France, 1995-2002.

Bull Epidémiol Hebdo, Instit Veille Sanitaire, 2005;**43**: 213-216.

88 MOUQUET MC.

La santé des personnes entrées en prison en 2003.

Paris : Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Etudes et Résultats, 2005 ;**386** :12p.

<http://www.sante.gouv.fr/htm/publication>

89 MUCCHIELLI L.

Entre politique sécuritaire et délinquance d'exclusion : le malaise de la prévention spécialisée.

Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie,2007 (2).

<http://socio-logos.revues.org/79>

90 MUCCHIELLI L.

Monoparentalité, divorce et délinquance juvénile : une liaison empiriquement contestable.

Déviance et Société, 2001; **25** (2) : 209-228.

<http://www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2001-2-page-209.htm>.

91 OBRECHT O.

Des progrès pour la santé en prison.

Projet, 2002/1 ;**269**, 110-117. DOI : 10.3917/pro.269.0098

92 PELTIER M.

VIH/IST/Hépatites en milieu carcéral en Ile-de-France. Etat des lieux et propositions.

Préfecture de la région Ile-de-France.

Paris : DRASS Ile-de-France,2007.

93 PESCI-BARDON C et PRECHEUR I.

Conduites addictives : tabac, alcool, psychotropes et drogues illicites. Impacts sur la santé buccodentaire.

Encycl Méd Chir (Paris), Médecine buccale; 28-915-M-10. ,2010 :1-9.

94 PETERSEN PE.

Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003. Poursuivre l'amélioration de la santé bucco-dentaire au XXIe siècle – l'approche du Programme OMS de santé bucco-dentaire.

Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2003.

95 PEYRONNET JC et PILLET F.

Evaluation des centres éducatifs fermés et des établissements pénitentiaires pour mineurs.
Rapport d'information fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale, par le groupe de travail sur l'enfermement des mineurs délinquants.
Senat, 2011; **759** :1-109.

96 POUËZAT J.

Santé publique buccodentaire et société.
Bull Acad Natle Chir Dent 2002; **45**(4) :55-63.

97 RICHERT P.

Lutte contre les exclusions. Rapport d'information.
Commission des affaires culturelles, Sénat. Avis 472 (1997-1998)
<http://www.senat.fr>

98 ROUSSEAU E.

La prise en charge sanitaire des détenus ; une organisation et une dynamique nouvelles.
Actual Dossier Santé Publique 1995;**11**:2-5.

99 RUIZ MIRAVET A, MONTIEL COMPAGNY JM et ALMERICH SILLA JM.

Evaluation of caries risk in a young adult population.
Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2007;**12**:E412-E418.

100 SANNIER O, NAPPEZ S et MANAOUIL C.

Prise en charge sanitaire des mineurs détenus.
Arch Pédiatr 2010; **17**(2):166 – 174.

101 SARRAZIN-AURIOL C.

Actions et réactions de l'école face à la délinquance.
Empan 2005;**59**: 80-90.

102 SASS C, GUEGUEN R, MOULIN JJ et coll.

Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examens de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité.
Santé Publique 2006;**18**: 513-522.

103 SCHOSTECK JP et CARLE JC.

Rapport de la commission d'enquête sur la délinquance des mineurs.
Sénat N°340. 2002

104 SECOURS CATHOLIQUE.

Jeunes, une génération précaire. Statistiques d'accueil 2010.
Dossier de presse. Novembre 2011

105 SEMAILLE C, LE STRAT Y, CHIRON e et coll

La prévalence de l'hépatite C et du VIH chez les personnes détenues en France. Enquête Prévacar. Journée nationale de restitution de l'enquête.
Paris : Institut de Veille Sanitaire. Direction générale de la Santé, 20 juin 2011.

106 SENAT TRAVAUX PARLEMENTAIRES.

Projets et propositions de loi à propos de la loi n°2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs.
<http://www.senat.fr>

107 SOUS-DIRECTION DES PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE ET BUREAU DE L'ACTION JURIDIQUE ET DU DROIT PÉNITENTIAIRE.

Les règles pénitentiaires européennes.
Paris : Direction de l'administration pénitentiaire. Ministère de la justice, 2006.

108 TALLEC A.

La santé des jeunes en Pays de la Loire .
Nantes : ORS Pays de la Loire ,2009.

109 TORCY C, GOMBERT J, LORY B et RAYNAL B.

Rapport de visite : établissement pour mineurs d'Orvault (44).
Contrôleur général des lieux de privation de liberté, 2009.

110 VARINARD A.

Adapter la justice pénale des mineurs : entre modifications raisonnables et innovations fondamentales : 70 propositions. Rapport de la commission de proposition de réforme de l'ordonnance du 2 février 1945 relative aux mineurs délinquants.
Paris : Ministère de la Justice, 2008 :1-272.

111 VIVAS E.

1,2 million d'enfants de moins de 18 ans vivent dans une famille recomposée. Insee, moyenne annuelle des enquêtes Emploi de 2004 à 2007.
Insee Première 2009;**1259** :1-4.

112 WARSMANN JL.

Rapport d'information sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes majeures placées sous main de justice.

Assemblée Nationale 2009 ;**1811** :1-248.

113 WIEGANDT A.

Dépistage et prise en charge de la tuberculose en milieu carcéral : Pertinence des dispositifs actuels dans les maisons d'arrêt en Midi-Pyrénées.

Mémoire : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes, 2011.

114 WRESINSKI J.

Grande pauvreté et précarité économique et sociale.

Direction des journaux officiels. Conseil économique et social 1987; **4074** :1-104.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

<i>Figure 11 : Répartition des mineurs incarcérés à l'EPM d'Orvault par âge.....</i>	<i>43</i>
<i>Figure 12 : Répartition du niveau scolaire des mineurs incarcérés à l'EPM d'Orvault.....</i>	<i>44</i>
<i>Figure 13 : Répartition (en %) des catégories socio-professionnelles des parents des mineurs incarcérés à l'EPM d'Orvault (EPM), par rapport à celle de la population de 15 ans ou plus de France métropolitaine (national)</i>	<i>45</i>
<i>Figure 14 : Répartition de la situation familiale de mineurs incarcérés à l'EPM d'Orvault.....</i>	<i>46</i>
<i>Figure 15 : Répartition des mineurs(en %), selon leurs lieux de vie avant leur incarcération à l'EPM d'Orvault.....</i>	<i>47</i>
<i>Figure 6 : Proportion (en %) des mineurs incarcérés à l'EPM d'Orvault, déclarant consommer de l'alcool du tabac et du cannabis par rapport aux adolescents des Pays de la Loire en 2009.....</i>	<i>48</i>
<i>Figure 7 : Répartition (en %) du nombre de repas pris quotidiennement par les mineurs avant leur incarcération à l'EPM d'Orvault.....</i>	<i>49</i>
<i>Figure 8 : Répartition (en %) du nombre de brossages quotidiens chez les mineurs incarcérés à l'EPM d'Orvault, par rapport aux adolescents des régions Rhône-Alpes/Auvergne et Paris/Hauts-de-Seine.....</i>	<i>50</i>
<i>Figure 9 : Valeur moyenne de l'indice CAO chez les mineurs incarcérés à l'EPM d'Orvault, par rapport aux valeurs relevées dans la littérature.....</i>	<i>51</i>
<i>Figure 10 : Proportion de mineurs (en %) n'ayant aucune carie à l'EPM d'Orvault, par rapport aux valeurs relevées dans la littérature.....</i>	<i>52</i>
<i>Figure 11 : Nombre moyen de dents permanentes cariées chez les mineurs incarcérés à l'EPM d'Orvault, par rapport aux valeurs relevées dans la littérature.....</i>	<i>53</i>

Figure 12 : Proportion de mineurs (en %) ayant respectivement au moins 2 caries, au moins 5 caries, au moins 6 caries, au moins 7 caries et au moins 10 caries, à l'EPM d'Orvault, par rapport aux valeurs relevées dans la littérature.....54

Figure 13 : Valeurs des nombres moyens de dents permanentes absentes chez les mineurs incarcérés à l'EPM d'Orvault, par rapport aux valeurs relevées dans la littérature.....55

Figure 14 : Valeurs des nombres moyens de dents permanentes obturées chez les mineurs incarcérés à l'EPM d'Orvault, par rapport aux valeurs relevées dans la littérature.....56

Figure 16 : Proportion (en %) de mineurs incarcérés à l'EPM d'Orvault, n'ayant pas une gencive saine, par rapport aux valeurs relevées dans la littérature.....57

Figure 16 : Proportion (en %) de mineurs incarcérés à l'EPM d'Orvault, ayant du tartre, par rapport aux valeurs relevées dans la littérature.....57

ANNEXES

ANNEXE 1

BILAN BUCCO-DENTAIRE ENTREE INCARCERATION EPM

Numéro de
Patient :

Caractéristiques sociodémographiques

- **Age :** 14 15 16 17 **Sexe :** M F
 - **Niveau d'études :**
Primaire Collège CAP BEP Apprentissage Lycée
 - **Catégories socioprofessionnelle des parents :**
 Agriculteurs exploitants : secteur primaire Employés
 Artisans, Commerçants et Chefs d'entreprises Ouvriers
 Cadres, Professions intellectuelles supérieures Retraités
 Professions intermédiaires Autres personnes sans activité professionnelle
 - **Situation familiale des parents :**
Mariés Divorcés Célibataires Veufs
 - **Fratrie :** Nombre d'enfants : Rang :
 - **Lieu de vie :**
Famille Foyer Famille d'Accueil Logement indépendant
Squat Sans Domicile Fixe
 - **Statut d'emploi avant incarcération :**
 - Emploi : Formation : Niveau :
 - **Durée prévue d'Incarcération** semaines / mois / années
 - **Couverture Maladie**
 - o **Couverture sociale :** Système Général CMU Aucune AME
 - o **Complémentaire maladie :** Complémentaire CMU-C Aucune
- Perception de l'état de santé :** Excellent Très bon Bon Mauvais

Tabagisme et Toxiques

- Tabac : Non Oui Fréquence : Substituts nicotiniques
- Alcool : Non Oui Fréquence :
- Autres Toxiques : Fréquence :

Comportement alimentaire

- Nombre de repas par jour :
- Fréquence de prises quotidiennes d'aliments et de boissons en dehors des repas :
- Boissons sucrées : Sucreries :
- Barres chocolatées : Autres :

Habitudes d'hygiène buccodentaire

- **Brossages quotidiens** 0 - 1 - 2 - 3
- **Dentifrice** : Administration pénitentiaire Autre
- **Brosse à dents** : Administration pénitentiaire Autre
- **Piercing buccal** : Oui Non

Date et Motifs de la dernière consultation dentaire

- **Date** :
- **Motif** :
 - **Bilan de santé bucco-dentaire**
 - **Traitement** de routine
 - **Urgence**

Etat dentaire/CAOD :

C : Dent cariée **A** : Dent absente pour cause de carie **O** : Dent obturée
S : Scellement de sillons **P** : Prothèse amovible **F** : Couronnes

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Evaluation de la santé parodontale

- **Gencive saine** : Oui Non

- **Plaque dentaire** : Oui Non
- **Tartre détecté à l'exploration** : Oui Non
- **Saignement détecté à l'exploration** : Oui Non
- **Douleur au sondage** : Oui Non
- **Poches parodontale > 4 mm de profondeur** : Oui Non

Anomalies Dento-maxillaires

- **Malpositions dentaires** : Oui Non
- **Troubles des surfaces masticatoires /bruxisme** : Oui Non - Peut-être
- **Troubles des ATM** :
 - Douleurs masticatoires : Oui Non
 - Claquements : Oui Non

Conclusion

- **Nécessité de soins** : Oui Non
- Urgent** : Oui Non

ANNEXE 2

METHODE STATISTIQUE

A) POUR LES VARIABLES QUALITATIVES

Khi₂ de conformité

H₀: le nombre de caries est le même chez les mineurs de l'EPM et chez ceux de la population générale

	n jeunes EPM	n jeunes théorique population générale	% de la population générale
0 caries	5	39,07	44,4
≥ 1 caries	83	48,93	55,6
n TOTAL	88	88	100

% de la population générale : trouvés dans la littérature

$$n_{\text{jeunes théorique population générale}} = (44,4 \times 88)/100$$

Contribution au Khi₂ :

$$0 \text{ caries : } (n_{\text{jeunes EPM}} - n_{\text{jeunes théorique}}) * (n_{\text{jeunes EPM}} - n_{\text{jeunes théorique}}) / n_{\text{jeunes théorique}}$$

$$\text{Exemple : } (5 - 39,07) * (5 - 39,07) / 39,07 = 29,71$$

$$\geq 1 \text{ caries : } (n_{\text{jeunes EPM}} - n_{\text{jeunes théorique}}) * (n_{\text{jeunes EPM}} - n_{\text{jeunes théorique}}) / n_{\text{jeunes théorique}}$$

$$\text{Exemple : } (83 - 48,93) * (83 - 48,93) / 48,93 = 23,72$$

Puis

Khi₂ observé : SOMME des contributions au Khi₂ : 0 caries et ≥1 caries = 53,43

Khi₂ critique : KHI₂ INVERSE (α = 0,05 ; ddl = n - 1) : (0,05 ; 1) = 3,84

p-value LOI KHI₂ : (KHI₂ OBSERVE ; ddl) : (53,43 ; 1) = 2,68^e-13

>>>>>>>>>> si Khi₂ observé > Khi₂ critique , on rejette H₀ et on affine le *p-value* :

Khi₂ partiel

	n jeunes EPM	n jeunes théorique population générale
0 caries	5	39,07
Autres	83	48,93

Contribution au Khi₂ :

$$0 \text{ caries : } (n_{\text{jeunes EPM}} - n_{\text{jeunes théorique}}) * (n_{\text{jeunes EPM}} - n_{\text{jeunes théorique}})$$

$$\text{Exemple : } (5 - 39,07) * (5 - 39,07) = 1160,76$$

$$\text{autres : } (n_{\text{jeunes EPM}} - n_{\text{théorique}}) * (n_{\text{jeunes EPM}} - n_{\text{théorique}})$$

$$\text{Exemple : } (83 - 48,93) * (83 - 48,93) = 1160,76$$

Puis

Khi₂ observé : SOMME des contributions au Khi₂ : 0 caries et autres = 2321,53

Khi₂ critique : KHI₂ INVERSE (α = 0,05 ; ddl = n - 1) : (0,05 ; 1) = 3,84

p-value LOI KHI₂ : (KHI₂ OBSERVE ; ddl) : (2321,53 ; 1) < 0,01 (PROCHE DE 0 ICI)

B) VARIABLES QUANTITATIVES

Test de conformité de moyennes : est-ce que la moyenne observée chez les adolescents de l'EPM est conforme à celle de la population générale.

	Caries
Moyenne EPM	6,42
Ecart-type EPM	4,2
Effectif EPM	88
Moyenne pop générale	2,2

t observé : $(\text{moy}_{\text{Caries EPM}} - \text{moy}_{\text{Caries population générale}}) / \text{RACINE}(\text{écart-type} * \text{écart-type} / \text{effectif})$

$$\text{exemple} = (6,42 - 2,2) / \text{RACINE}(4,2 * 4,2 / 88) = 9,43$$

t critique : LOI STUDENT INVERSEE (α : 0,05 ; ddl) = (0,05 ; 87) = 1,99

p value (test unilatéral) : LOI STUDENT (t observé ; ddl ; 1(pour unilatéral)) = $3,02 \times 10^{-15}$

JOURDAIN (Raphaëlle). – Bilan bucco-dentaire des détenus au jour de leur incarcération à l'Établissement Pénitentiaire pour Mineurs d'Orvault (Janvier – Décembre 2011) - 111f. ; ill. ; 114ref. ; 30cm. (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2012)

RÉSUMÉ

L'incarcération, dans un Établissement Pénitentiaire pour Mineurs (EPM), constitue l'ultime recours dans la prise en charge judiciaire des mineurs. De nombreuses études sur l'état de santé des personnes détenues en France montrent qu'il est généralement moins bon que celui de la population générale. Qu'en est-il sur le plan bucco-dentaire ?

Objectif : L'observation clinique, par le chirurgien-dentiste de l'UCSA, de l'état de santé bucco-dentaire des nouveaux arrivants à l'EPM d'Orvault laisse à penser que celui-ci est plutôt inquiétant. Cette enquête veut vérifier si cela est effectivement le cas. Méthode : Les données ont été recueillies entre janvier et décembre 2011, à la faveur d'un bilan bucco-dentaire d'entrée à l'EPM puis comparées à celles de la population générale fournies par différentes études. Résultats et discussion : L'étude porte sur 133 adolescents, âgés en moyenne de 16,4 ans. Leur profil socio-démographique est plutôt caractéristique des personnes en situation de précarité avec une propension aux consommations à risque supérieure à la population générale. L'indice CAO moyen est de $10,19 \pm 4,56$. Le nombre de caries par adolescent est en moyenne de $6,42 \pm 4,20$. Finalement, 99% de mineurs de l'EPM ont besoin de soins et dans 41% des cas, ceux-ci sont urgents. Conclusion : Cette étude permet de confirmer la gravité de l'état de santé bucco-dentaire des mineurs incarcérés.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Santé publique

MOTS CLÉS MESH : Enquêtes de santé dentaire ; Santé bucco-dentaire ; Consommation d'alcool ; Tabagisme ; Consommation de marijuana ; Consommation alimentaire ; Prisons ; Prisonnier ; Mineurs ; Indice CAO ; Pauvreté.

JURY

Président : Monsieur le Professeur Alain JEAN

Assesseur : Monsieur le Docteur André LAGARDE

Assesseur, directrice : Madame le Docteur Bénédicte ENKEL

Assesseur, co-directrice : Mademoiselle le Docteur Cécile DUPAS

Assesseur : Madame le Docteur Virginie BRULET