



AVIS DE LA COMMISSION CONSULTATIVE

AVRIL 2020

CONTEXTUALISATION ET PREMIERE EVALUATION DU PROBLEME ETHIQUE.....	2
1. PRESENTATION DE LA DEMANDE.....	2
2. ANALYSE PREPARATOIRE DES PROBLEMES SOULEVES.	4
Texte court.....	5
I. SUR LES CONFLITS ETHIQUES ENTRE DROIT PENAL ET DEONTOLOGIE MEDICALE.	5
II. SUR L'IDEE DE DANGEROUSITE.....	6
III. SUR L'EXERCICE DE LA MEDECINE FACE AU PORT DES MENOTTES, EN PRATIQUE.	7
Texte long.	9
PREMIERE PARTIE. TENSIONS ETHIQUES AUTOUR DES UNITES DE CONSULTATIONS ET DE SOINS AMBULATOIRES : LES CONTRAINTES IMPOSEES PAR UNE DOUBLE INSTITUTION. UNE SITUATION REGLEMENTAIRE EPINEUSE AUTOUR DU PORT D'ENTRAVE ET DU RESPECT DE LA DIGNITE DANS UN CONTEXTE MEDICAL.....	9
1. LE CHU DANS LA PRISON : UNE ASSOCIATION FRUCTUEUSE MAIS PROPICE AUX CONFLITS ETHIQUES.	9
A. UNE DIVISION DES TACHES IMPLIQUANT UN PARTAGE DE POUVOIR.....	9
B. UN BROUILLAGE DES ATTRIBUTIONS DE COMPETENCES DU MEDECIN AYANT SES AVANTAGES ET SES INCONVENIENTS.	10
C. UN RAPPORT DE CONFIANCE RENDU FRAGILE ENTRE MEDECIN ET PATIENT.	11
2. LA CONFRONTATION DES TEXTES DE LOI.....	12
A. LES TEXTES DE DEONTOLOGIE MEDICALE.....	12
B. LES TEXTES PENAUX.	12
C. LES TENSIONS ENTRE LES TEXTES.....	14
3. NATURE ET EVOLUTION DES CONFLITS ETHIQUES, EN PARTICULIERS MEDICAUX-PENAUX.	15
DEUXIEME PARTIE. LA QUESTION DE LA DANGEROUSITE COMME FONDEMENT DU PORT DE MENOTTES : ASPECTS POLITIQUES ET PRATIQUES. ENJEUX HISTORIQUES DE LA NOTION DE DANGER ET INTERROGATIONS SUR LES REACTIONS SECURITAIRES ET MEDICALES. LA MEDECINE FACE AUX POLITIQUES PENALES DITES INFAMANTE, CORRECTRICE OU SECURITAIRE.....	16
1. UNE APPROCHE PRATIQUE DE LA DANGEROUSITE : LE DANGER COMME JUSTIFICATION DES MESURES SECURITAIRES.	16
A. LE POINT DE VUE DES SURVEILLANTS.....	16
B. LE POINT DE VUE POLITIQUE.	16
C. LES MEDECINS FACE AU DANGER EN UCSA.	17
D. LES TRADITIONS FACE AU DANGER : PRISE EN CHARGE OU ELIMINATION ?	18

2. REGARDS CHRONOLOGIQUES CROISES SUR LE TRAITEMENT DU DANGER ET SUR L'EXPANSION DE LA MEDECINE EN PRISON : LE PORT DE MENOTTES DURANT LES CONSULTATIONS EST-IL LEGITIME PAR L'EVOLUTION HISTORIQUE DES TECHNIQUES PUNITIVES ?	19
A. DE LA VENGEANCE PUNITIVE AU DRESSAGE PENAL : UNE INTRODUCTION DE LA MEDECINE COMME OUTIL DANS LE PROCESSUS DISCIPLINAIRE ?	19
B. LA MEDECINE EN MILIEU CARCERAL AUJOURD'HUI : LA CONTINUATION D'UN PROCESSUS LENT.	20
C. LA SPECIFICITE DE LA MESURE D'ENTRAVE PAR RAPPORT AU REGIME PUNITIF INDIRECT : UNE DISSONANCE ? ...	21
D. LE PORT DE MENOTTES EN UDV COMME SIGNE D'UNE NOUVELLE POLITIQUE PENALE CENTREE SUR LA RETENTION ?	22
E. LE SENS CONTEMPORAIN DE LA NOTION DE DANGEROUSITE.	23
TROISIEME PARTIE. LE PORT DE MENOTTES EN PRATIQUE : EST-CE UNE CONTRAINTE OU CELA OBLIGE-T-IL LE MEDECIN ENVERS LE DETENU ? DIFFERENTS POINTS DE VUE SUR LES ATTITUDES A ADOPTER FACE A CE CONFLIT ETHIQUE.	24
1. REFLEXIONS SUR LES DEVOIRS IMPLIQUES PAR LES MENOTTES POUR LE MEDECIN.	24
A. LES MENOTTES SEMBLANT EMPECHER LES MEDECINS D'EXERCER CONVENABLEMENT LEUR METIER.	24
B. POURTANT, EN UN CERTAIN SENS, LES MENOTTES OBLIGENT LE MEDECIN A EXERCER.....	25
C. FAIRE DU PRISONNIER UNE FIN EN SOI.	26
2. ESQUISSES DE CONCILIATIONS.	27
A. LA SINGULARISATION DES MESURES ET L'OUVERTURE DU DIALOGUE.	27
B. TROIS TENDANCES DE POSITIONNEMENT FACE A L'ENTRAVE DES PATIENTS.	28
CONCLUSIONS	29

Avis consultatif sur le port des menottes durant les consultations médicales en prison :

CONTEXTUALISATION ET PREMIERE EVALUATION DU PROBLEME ETHIQUE.

1. PRESENTATION DE LA DEMANDE.

Les questionnements motivant cette saisine prennent naissance dans le cadre d'un nouvel aménagement pénitentiaire, les Unités pour Détenus Violents (UDV)¹, quartier distinct visant à accueillir des prisonniers jugés trop agressifs et imprévisibles : les règles s'appliquant alors à eux – plus restrictives ici que dans les autres divisions de la prison – occasionnent de nombreuses spécificités.

L'une d'elle, donnée comme point de départ du problème posé, consiste à menotter systématiquement les détenus devant sortir de la cellule où chacun d'eux est isolé, et ce même pendant les examens médicaux, cette procédure consistant en une phase d'observation de quinze jours renouvelable². Les consultations en prison se déroulant ordinairement sans que les détenus ne soient menottés, les conditions normales sont donc modifiées, la mise sous entrave des patients impliquant une transformation des gestes thérapeutiques et une distorsion de la relation de soin : tel est le motif principal ayant déclenché la saisine de notre commission consultative.

¹ La création de ces nouvelles unités est l'objet du décret n° 2019-1504 du 30 décembre 2019 du Code Pénal.

² Cette mesure n'est pas édictée par le décret en question mais semble de ce fait provenir d'un règlement interne à la prison de Sequedin.

Le dispositif des UDV a été mis en place en mai 2019, avec l'ouverture d'une première unité de ce type dans le nord de la France pour en tester l'efficacité, la prison retenue pour cet essai étant la maison d'arrêt de Sequedin où exerce actuellement le demandeur.

Parmi les divers types d'entrave, les menottes ici en jeu peuvent sembler assez bénignes du fait de leur petitesse et de leur positionnement très localisé. Pourtant, le problème n'en est pas moins facilement perceptible : le maintien des entraves durant les consultations médicales a non seulement une incidence sur les gestes du médecin et du patient, rendant inconfortables et parfois impossibles les mouvements nécessaires aux contrôles et aux traitements, mais aussi potentiellement sur la relation qu'ils partagent et sur les perceptions qu'ils peuvent avoir de leur situation : le demandeur évoque l'humiliation des détenus, le malaise des soignants et l'intrusion d'une violence symbolique au cœur de l'accompagnement médical. Dans quel contexte cette situation s'enracine-t-elle ?

Le décret n° 2019-1504 du 30 décembre 2019 modifiant le Code de Procédure Pénale (CPP)³ stipule que la décision de placement d'un prisonnier en UDV revient à une commission pluridisciplinaire telle que définie par l'article D90 du même CPP : présidée par le chef de l'établissement pénitentiaire, elle est notamment composée de membres des services pénitentiaires, de représentants des services éducatifs et de formation professionnelle, d'un représentant des services de santé, et du psychologue suivant en particulier le parcours du détenu concerné.

L'avis rendu par cette commission, sollicité à la suite d'un comportement violent, s'il est positif, détermine le déplacement en UDV du prisonnier pour une durée maximale de six mois, renouvelable pour trois mois⁴. Ce quartier est spécifique en ce qu'un programme de suivi doit être proposé aux détenus ici placés, afin de les amener à renoncer aux comportements violents. En attendant, ce dispositif leur réserve également, entre autres, des cellules individuelles dotées d'un mobilier inamovible censé limiter les risques d'en faire des armes par destination et, ce qui présage du problème occupant notre saisine, équipées aussi de portes aménagées d'un passe-menottes afin de s'assurer qu'ils soient dûment entravés avant toute sortie de cellule.

Notons au passage que lors de ces régulières sorties, pour recevoir une consultation médicale par exemple, ces détenus sont affublés d'une sangle de survie tenue par les surveillants, c'est-à-dire d'une « laisse » comme ces derniers l'appellent plus communément, selon ce qu'en rapporte le demandeur.

En ce qui concerne le déroulé des examens médicaux, le demandeur évoque plusieurs changements notables comme la mise en place d'une nouvelle salle de consultation aux aménagements minimalistes (avec par exemple l'épuration des câbles informatiques pourtant inhérents à l'installation d'un simple ordinateur, par crainte d'étranglements) et l'installation d'une porte à hublot (occultable) pour permettre aux gardiens une éventuelle surveillance, ceux-ci ne pouvant pas entrer dans le cabinet par respect du secret médical et de l'intimité du patient.

Un autre changement singulier est l'application d'un principe de « binôme », c'est-à-dire d'affectation d'un second membre du personnel médical lors de la dispensation des soins, procédure étonnante car tout à fait inhabituelle. Si les consultations ne demandent pas ordinairement un soutien de personnel, les médecins en déduisent logiquement que cet appui n'est pas au juste médical, mais qu'il consiste tacitement en un renfort sécuritaire, fonction que les équipes soignantes ne s'attendaient pas à être susceptibles de devoir assumer.

Ce nouveau contexte suscite des crispations parmi les équipes médicales et les surveillants. Les tensions se cristallisent sur le problème du port d'entraves durant les consultations : en réaction aux écarts déontologiques redoutés et au malaise ressenti factuellement lors des soins ayant déjà eu lieu malgré les entraves, certains soignants évoquent la possibilité de ne pas recevoir les détenus, sauf urgences, durant les quinze premiers jours pendant lesquels les menottes sont systématiquement imposées ; certains s'inquiètent aussi de possibles recours en justice de la part des détenus.

³ Précisément, l'article R. 57-7-84-5 de ce décret énonce que : « Après avis de la commission pluridisciplinaire unique mentionnée à l'article D. 90, lorsqu'une décision de placement initial ou de renouvellement de placement en unité pour détenus violents est envisagée, le chef d'établissement informe la personne détenue par écrit des motifs invoqués, résultant notamment de l'avis de la commission pluridisciplinaire unique ».

⁴ Voir à ce titre l'article R. 57-7-84-7 de ce même décret n° 2019-1504 du 30 décembre 2019.

2. ANALYSE PREPARATOIRE DES PROBLEMES SOULEVES.

Cependant, la mise au jour de ce qui est perçu comme une corruption de la relation de soin se heurte à de multiples forces de coercition : doutes sur la justesse de ces réticences, penchant envers l'apparence d'une mesure sécuritaire de bon sens (qui plus est temporaire), fermeté des règles pénitentiaires, indifférence de certains acteurs du milieu carcéral à la déontologie médicale, impossibilité d'envisager sereinement le droit de retrait face aux conséquences possibles pour les détenus d'une carence de soins, etc.

Les raisons paraissant pousser à l'acceptation pure et simple des menottes durant l'examen médical, sur lesquelles il nous faudra bien sûr revenir, sont nombreuses et sembleraient en mesure de faire apparaître les troubles rapportés par les médecins comme des scrupules certes compréhensibles mais facilement relativisables.

C'est en partie de là que vient la profondeur du problème posé à la commission consultative et que se tire la spécificité du désarroi éprouvé par les équipes médicales travaillant à la prison de Sequedin : le sentiment d'injustice éprouvé instinctivement par le personnel médical peut-il faire le poids face l'autorité carcérale ? Sur quelle légitimité se fonderait une dénonciation des entraves aux poignets portées durant les soins par les détenus de l'UDV ? La sensation d'iniquité ressentie aurait-elle pour sources souterraines des valeurs, des idées, des structurations éthiques implicites dont tout l'enjeu serait d'en faire ressortir le bien-fondé s'il y a lieu ?

De telles interrogations invitent donc tout à la fois à tenir compte du fait de l'entrave comme tendant à se présenter de prime abord comme une évidence, et à s'efforcer de mettre à l'épreuve cette représentation pour faire émerger, le cas échéant, les raisons de sa remise en cause, les conséquences éventuelles de cette critique, et les solutions possiblement envisageables face à cela.

Or, si les justifications d'une telle mesure sont bien sûr parlantes – contexte de l'actuelle décennie marquée en France par le terrorisme et l'attraction d'idéologies poussant des individus vers la barbarie, mise en avant de chiffres montrant la recrudescence des agressions envers les surveillants pénitentiaires, mouvements de grève menés par ces derniers –, nous pouvons d'ores et déjà apercevoir les lignes directrices d'un contrepoint pouvant également orienter les acteurs médicaux et carcéraux aux prises avec ce problème : traditions convergentes de déontologie médicale allant d'Hippocrate à Paul Ricoeur, analyse du rôle du médecin en milieu carcéral et des risques de son instrumentalisation, respect des droits de l'homme, considération du détenu comme une fin, autant d'aspects qu'il conviendra de développer ici et d'articuler entre eux.

Ainsi se présente donc le questionnement de cette saisine : comment doit réagir l'équipe soignante hospitalière devant la demande de l'administration pénitentiaire d'étendre dans le cadre des soins une procédure de port d'entraves systématique ? Faut-il accepter au nom de la priorité donnée à la sécurité des professionnels ? Faut-il refuser au nom des conditions nécessaires aux soins et à la relation thérapeutique ? Quels sont les enjeux éthiques de l'acceptation et du refus des soignants dans ce cadre ?

Pour rendre compte au mieux des implications du sujet de cette saisine, la situation de multiple subordination du médecin (au conseil de l'ordre, à la prison, au CHU) sera d'abord examinée pour en éclairer la nature conflictuelle. Il conviendra par la suite de se pencher sur la question de la dangerosité dans ses aspects politiques et pratiques, ainsi que les mutations historiques affectant la situation réglementaire du médecin en prison. Sur ces réflexions s'appuiera finalement un questionnement sur le port de menottes en pratique, en se demandant s'il est une contrainte ou s'il oblige le médecin envers le détenu, pour enfin considérer différentes éventualités de comportements susceptibles de répondre aux enjeux de ce problème éthique.

Texte court.

La commission consultative en est arrivée aux positions suivantes :

I. SUR LES CONFLITS ETHIQUES ENTRE DROIT PENAL ET DEONTOLOGIE MEDICALE.

(1) DES CONFLITS ETHIQUES PARTICULIERS SONT NES DE LA LEGISLATION DU 18 JANVIER 1994.

Elle délègue aux instituts hospitaliers la charge de la santé en milieu carcéral, amenant à une interpénétration des textes de loi médicaux et pénaux.

La situation quotidienne des thérapeutes travaillant en milieu carcéral est parcourue d'effets de brouillage entre logique médicale et logique pénale tant en ce qui concerne l'attribution des responsabilités (rôle de médecin traitant, d'expert ; devoir de défendre une position éthique), que l'autorité à suivre pour agir (le code de déontologie, le règlement pénitentiaire), et la poursuite des buts (soigner, protéger, respecter).

(2) LES LOIS ET REGLES ENTRANT DIRECTEMENT EN JEU DANS LE PROBLEME DU PORT DE MENOTTES DURANT LES CONSULTATIONS SONT :

- d'une part les articles du code de déontologie protégeant la dignité du patient, et d'autre part les règles pénitentiaires rendant possible le port de menottes chaque fois qu'un détenu ne peut être gardé efficacement. Le conflit naît de ce que les menottes sont considérées comme portant atteinte à la dignité des détenus, tandis qu'elles seraient rendues nécessaires par la situation de huis-clos des consultations.

- d'une part les articles du code de déontologie interdisant de cautionner les pratiques indignes au sein des structures où le médecin exerce, d'autre part la loi pénitentiaire obligeant de proposer aux détenus des soins d'aussi bonne qualité qu'aux citoyens non privés de liberté. Les médecins sont donc partagés entre l'idée de ne pas soigner étant donné les conditions, et le devoir de soigner étant donné l'obligation de procurer des soins égaux à tous citoyens, libres comme privés de liberté.

- d'une part les principes déontologiques affirmant la responsabilité du médecin quant à ses actes, et d'autre part les règles et statuts conférant aux autorités carcérales la possibilité de retirer l'habilitation d'un médecin à exercer en prison sans que n'y puisse s'y opposer l'administration du centre hospitalier concerné. Ainsi, un thérapeute peut se voir reprocher d'obéir à des règles déontologiquement discutables par manquement à sa responsabilité, mais il n'est pas protégé s'il prend la responsabilité de s'opposer à ces directives ou ces comportements, et peut être de ce fait limogé.

(3) CES CONFLITS APPELLENT UNE ATTITUDE NUANCEE ENVERS L'ETHIQUE ET LA MORALE.

D'une part attachés à des valeurs éthiques directrices (la santé, la dignité, la justice), les médecins sont d'autre part confrontés à des interdits moraux régulateurs (ne pas exercer la médecine en situation litigieuse, ne pas laisser un malade sans soin), ce qui fait de la médecine un exercice délicat de composition où devient nécessaire le fait de prendre en compte tous les paramètres des situations, et de juger au cas par cas, c'est-à-dire de recourir à une sagesse pratique. L'éclaircissement des situations problématiques peut alors éventuellement passer par la discussion entre pairs.

Paul Ricoeur souligne l'aspect nécessairement subjectif du choix d'un médecin amené à trancher face à un conflit de ce genre. Mais, selon lui, la subjectivité n'est pas arbitraire dès lors qu'elle s'appuie sur une réflexion et un engagement éthiques conscients des principes, des interdits et des données pratiques mis en jeu.

L'ensemble des mesures coercitives apparaissant dans cet avis (telles que la création de nouveaux quartiers pénitentiaires, l'obligation du port de menottes, mais aussi l'utilisation d'une longe pour tenir les prisonniers durant leurs déplacements et l'installation de hublots occultables dans les portes des cabinets de consultation) se fondent sur l'idée de dangerosité. C'est en réaction à un danger supposé que s'érigent ces mesures. Pour saisir la justification des dispositifs sécuritaires, il faut donc comprendre les faits et les réseaux d'idées que recouvre la dangerosité.

(1) LE DANGER EN PRATIQUE DANS LE MILIEU PENITENTIAIRE : UNE JUSTIFICATION DES MESURES SECURITAIRES ?

La création des UDV est présentée comme étant la résultante de mouvements sociaux ayant mobilisé de nombreux surveillants pénitentiaires en 2018 : ceux-ci dénonçaient une augmentation des agressions des membres de leur profession par les détenus. Parmi les causes avancées figurent l'augmentation de la violence des détenus et le manque de mesures pour assurer la protection des gardiens.

Les hommes politiques ayant poussé cette réforme semblent donc avoir réagi à des problèmes apparemment conjoncturels, mais il est également possible d'envisager l'aménagement des UDV comme reposant sur une tendance plus profonde. La législation de 2016 prévoyait en effet déjà l'installation d'unités spéciales dans les prisons pour adapter les régimes punitifs aux profils des détenus.

Les médecins apparaissent comme étant moins touchés par les violences que les surveillants. Néanmoins, des cas d'agressions aux conséquences graves sur des praticiens, survenus durant les consultations, ont été rapportés dans la presse. La rareté de ces incidents pose question : justifient-ils le port de menottes systématique durant les consultations en UDV ?

Ce problème interroge deux conceptions du danger : l'une, politique, a traditionnellement tendance à vouloir mettre le danger à l'écart, à supprimer la source de danger, quitte à nuire gravement aux personnes pouvant représenter le danger ; l'autre, médicale, a coutume de prendre en charge le danger, de le supporter tout en restant impassible, quitte à s'exposer aux risques que représente ce danger.

(2) L'EVOLUTION HISTORIQUE DES STRUCTURES PENITENTIAIRES ET DES LOGIQUES PUNITIVES EN RELATION AVEC LE MILIEU MEDICAL FONDE-T-ELLE LE PORT DE MENOTTES DURANT LES CONSULTATIONS ?

Du XVII^e au XIX^e siècle les techniques punitives ont radicalement changé : les punitions blessant et humiliant le corps ont progressivement laissé place à des peines et technologies visant à contrôler et dresser le corps des condamnés sans contact direct. Parmi de multiples changements ayant permis cette évolution, l'introduction croissante de la médecine dans le milieu pénitentiaire semble avoir joué un rôle : le système judiciaire met-il à profit la médecine pour canaliser, neutraliser et normaliser les sources de danger ?

La question du port de menottes durant les consultations en UDV entre en résonance avec ce problème. L'entrave des patients par le biais de menottes peut-il être en effet considéré comme une peine infamante touchant directement au corps (auquel cas l'extension de cette mesure marquerait un retour aux méthodes du passé) ? S'agit-il d'une mesure concourant à un contrôle indirect des détenus, s'inscrivant dans le même mouvement judiciaire que celui ayant mené à l'instauration d'une médecine efficace en prison (auquel cas les menottes et la médecine seraient éventuellement en accord) ?

Ou, autrement encore, la systématisation du port de menottes serait-elle le signe de l'émergence d'une troisième logique punitive, qui ne serait ni infamante, ni correctrice, mais prophylactique, c'est-à-dire visant à contenir provisoirement le danger sans tenter de le faire disparaître ni s'appliquer à le désamorcer ? Cette troisième logique, fondée sur une sorte d'ostracisme, est bien celle qui semble se développer actuellement.

L'Unité pour détenus violents vise justement à retrancher, à isoler une source danger avant que ne survienne un passage à l'acte. Les menottes ont ainsi une visée préventive. Il s'agit de procédures *anté-délictum*, auxquelles on ne donne pas le nom de *peines*, bien qu'elles soient effectivement vécues ainsi par les prisonniers. La question se pose encore de savoir sur quoi se fonde la prédiction de la dangerosité : sur un acte violent ? Sur un passé de délinquance ? A partir d'un regard porté sur la vie entière d'un détenu ? Sur une expertise psychologique ? Quel que soit le critère retenu, des

doutes demeurent toujours sur le bien-fondé d'une privation de liberté décidée en prévision d'un danger. Cette sorte de punition à l'avance, en fonction d'un avenir incertain, même s'il se base sur des faits passés, nourrit de nombreux débats.

Le port de menotte au sein des consultations en UDV semble donc prendre sens progressivement : mesure portée par une lame de fond politique, elle s'inscrit dans un processus global de mise entre parenthèse du danger ayant peu de préoccupations pour les questions de dignité, de soin, d'amendement des détenus.

Étant donné la place que peut une nouvelle fois prendre la médecine dans ce genre d'évaluation du danger (par l'étude psychiatrique clinique, ou justement, par la participation des médecins à la commission de placement en UDV), les praticiens des UCSA ont une responsabilité dans l'acceptation ou le refus du rôle d'outil, de caution, d'adjuvant que semble impliquer parfois leur position dans le milieu pénitentiaire.

III. SUR L'EXERCICE DE LA MEDECINE FACE AU PORT DES MENOTTES, EN PRATIQUE.

(1) EMPECHEMENT ET OBLIGATION.

Face au patient menotté, le médecin se trouve empêché de conférer ses soins. D'abord parce qu'il s'agit d'une atteinte avérée envers la dignité du patient, ensuite pour la dégradation de la qualité des soins que l'entrave peut causer, et également en raison du risque d'être utilisé comme caution d'une doctrine pénale discutable. Par surcroît, cette situation de port d'entrave en consultation médicale a déjà été jugée et condamnée par la CEDH dans son arrêt du 26 mai 2011. Cette mesure semble donc susceptible de mener à de nouveaux scandales préjudiciables tant pour les détenus et les médecins, que pour les responsables de l'institution pénitentiaire. Le médecin serait donc fondé à refuser d'exercer dans ces conditions.

Pourtant, une autre perspective, peut inciter un médecin à soigner le détenu menotté, par devoir. Le fait de ne pas soigner le patient peut mener à une dégradation plus grande encore de son image et bien sûr de son état physique. Les menottes, que les directives pénales amènent maintenant au sein des consultations médicales, peuvent être perçues comme un indicateur concret de l'intensification des mesures sécuritaires. Les menottes, rendues obligatoires dans un contexte où elles n'ont en principe pas leur place, sont un élément tenant lieu de révélateur des évolutions du système carcéral les plus discutables. Face à cet élément d'un dispositif plus vaste, provoquant des souffrances chez les détenus, les médecins peuvent se sentir le devoir de soigner malgré les problèmes éthiques.

Une des lignes les plus fiables pouvant être suivie serait de considérer en tant que fin chaque pôle de la relation nouée au cours de la pratique médicale en prison : l'administration carcérale et les surveillants comme fin en ce que les personnes qui accomplissent le travail de prise en charge des prisonniers ont raison de vouloir se protéger contre des agressions en augmentation ; les médecins en ce que leur dignité passe par celle de leurs patients ; les détenus en ce qu'ils sont des citoyens, et qu'ils ont donc le droit à un traitement convenable.

(2) PLUSIEURS ISSUES PEUVENT SE DESSINER.

Les textes de lois recommandent d'individualiser les mesures prises envers les détenus, et les nouvelles unités disciplinaires sont une réponse politique à ces normes. Il semble alors envisageable de demander de compléter la mise place de ce principe : individualiser le port de menottes durant les consultations en les réservant aux seuls cas-limites.

Bien que l'assignation en UDV soit une forme de spécialisation du régime carcéral, il est encore possible d'évaluer les détenus concernés un pas un durant leur première consultation pendant laquelle ils seraient menottés. Cette adaptation peut être demandée à l'administration pénitentiaire par les médecins.

Des groupes de paroles pourraient permettre également de verbaliser les troubles restés implicites mais travaillant les consciences jusqu'au malaise. La condamnation par la CEDH du port d'entraves en ces conditions devrait être rappelée à l'administration en cas de négociations en vue de ces aménagements.

Avantages et risques de trois positionnements :

A) REFUSER DE SOIGNER LES PATIENTS MENOTTES, FAIRE PRESSION SUR L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE, ALERTER L'OPINION

Ce comportement est justifié dans l'urgence et dans les situations d'inertie totale ou de dégradation lente. Cela peut permettre des prises de conscience collectives.

Cependant, le médecin peut voir son habilitation retirée. L'organisation de l'UCSA peut être désorganisée, les détenus peuvent en souffrir. Le problème des menottes peut perdurer dans la mesure où les éléments contestataires sont écartés. Si le médecin n'est pas suspendu, le fait qu'il n'exerce pas peut avoir des conséquences prolongées sur les soins délivrés aux détenus.

B) ORDONNER LE RETRAIT SYSTEMATIQUE DES MENOTTES DURANT LES CONSULTATIONS.

Tant qu'aucune agression ne se produit, les détenus sont soignés dans le respect de leur dignité. Dans la mesure où cette levée des entraves décidée par le médecin est acceptée par l'administration, les tensions sont évitées au sein de la prison.

Néanmoins, la prise en compte des risques est négligée. Si un incident se produit, sa gravité peut en être aggravée, la responsabilité du médecin serait mise en cause et la politique sécuritaire serait légitimée.

C) CONTINUER A SOIGNER LE PATIENT MENOTTE EN ENGAGEANT DES NEGOCIATIONS AVEC L'ADMINISTRATION POUR EVALUER LES PATIENTS AU CAS PAR CAS SUR LA QUESTION DU PORT D'ENTRAVES EN CONSULTATION.

De cette façon, la sécurité du médecin reste garantie, son poste également. Les détenus ne risquent pas de se trouver en carence de soin. En parallèle, le problème éthique est susceptible d'être surmonté.

Une réserve serait la possibilité d'un refus prolongé de coopération de la part de l'administration pénitentiaire.

Pour conclure, il apparaît que ce dernier positionnement soit le plus équilibré. Le problème éthique du port de menottes en consultation est une source de conflits réelle, qu'il est important de prendre en charge. Il est responsable de ne pas laisser le souci de la dignité disparaître peu à peu, de façon presque insensible. Céder à un mouvement progressif de déshumanisation des patients peut mener pas à pas vers les pires situations que l'histoire peut nous rappeler. Il faut donc continuer de s'efforcer à mettre en œuvre les principes éthiques.

*

Texte long.

PREMIERE PARTIE. TENSIONS ETHIQUES AUTOUR DES UNITES DE CONSULTATIONS ET DE SOINS AMBULATOIRES : LES CONTRAINTES IMPOSEES PAR UNE DOUBLE INSTITUTION. UNE SITUATION REGLEMENTAIRE EPINEUSE AUTOUR DU PORT D'ENTRAVE ET DU RESPECT DE LA DIGNITE DANS UN CONTEXTE MEDICAL.

Pour cerner au mieux les données du conflit naissant dans cette confrontation entre sécurité et déontologie, il y a lieu de s'interroger au préalable sur la place de la médecine au sein du système judiciaire et plus précisément des prisons. Nécessairement, le mélange des genres doit donner lieu à des contradictions tant au niveau des rapports de direction (quelle est la source d'autorité surdéterminante pour le médecin entre les établissements hospitalier et pénitentiaire ?) que des règles de droit s'entrecroisant pour façonner les comportements des équipes soignantes.

1. LE CHU DANS LA PRISON : UNE ASSOCIATION FRUCTUEUSE MAIS PROPICE AUX CONFLITS ETHIQUES.

À quel rapport hiérarchique le médecin en milieu pénitentiaire est-il donc confronté ? La situation d'un médecin en prison est tout à fait particulière en raison de l'interpénétration assez intime des subordinations médicale et pénale, ce qui est une chose assez récente dans le cadre du droit français. La loi qui intervient directement dans les données des problèmes médico-éthiques actuels en établissements pénitentiaires fut celle du 18 janvier 1994. Elle instaura un transfert de la prise en charge médicale des détenus : ordinairement attachée au ministère de la Justice, cette attribution revint au ministère de la Santé avec la création des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) actives dans chaque établissement pénitentiaire⁵.

De façon concrète, cette réforme s'illustre par l'installation dans les centres pénitentiaires de véritables délégations hospitalières comprenant l'affectation de nombreux locaux au fonctionnement des services médicaux, l'équipement de ces salles avec toutes les machines et le matériel utiles aux soins, et bien-sûr le déploiement d'équipes médicales suffisantes pour assurer aux détenus des soins de qualité. Voici comment se traduit cette organisation, en prenant justement pour exemple l'UCSA de la maison d'arrêt de Sequedin :

Les principaux locaux dévolus aux soins somatiques et psychologiques des détenus sont centralisés au premier étage du bâtiment abritant les parloirs et le quartier des arrivants. Ils occupent une surface de 545 m².

Les locaux de l'UCSA comprennent un cabinet de radiologie en état de fonctionnement, un cabinet médical équipé pour les consultations d'ophtalmologie, une salle d'attente de 11m², un cabinet dentaire équipé de deux fauteuils dentaires et de l'appareillage correspondant, une salle de soins infirmiers, de six bureaux destinés : au médecin généraliste, au cadre de santé, au secrétariat médical, à l'accueil des arrivants, aux infirmiers, d'une salle de réunion commune avec le SMPR⁶.

A. UNE DIVISION DES TACHES IMPLIQUANT UN PARTAGE DE POUVOIR.

⁵ Rapport de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France, créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat le 10 février 2000, p. 92.

⁶ Rapport de visite du centre pénitentiaire de Lille effectuée du 22 mars au 26 mars 2010 et du 30 au 31 mars 2010 par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, p. 172.

Cette réforme a pour fondement une division des tâches appuyée sur l'idée fructueuse que les professionnels de l'administration de la santé seraient les plus à même d'assurer l'accès au soin au sein des dispositifs carcéraux.

De fait, il résulte de ce choix un mariage de deux cultures pouvant donner l'impression d'être en principe incommensurables ou incompatibles l'une à l'autre : d'un côté la logique vitale, la tendance compassionnelle, le droit naturel, et le serment sacré obligeant le médecin et l'institution hospitalière ; de l'autre la logique sociale, le maintien de l'ordre, le droit positif, le fardeau de la punition incombant aux surveillants et à leurs supérieurs pénitentiaires. On comprend par là que la cohabitation de ces deux sensibilités au sein du même espace puisse donner lieu à des incompréhensions entre les différents acteurs. Plus encore que des écarts de perception, surviennent aussi des interférences d'ordre réglementaire.

Le droit délimite en principe assez clairement les rôles et attributions de chacun des acteurs et de chacune des institutions, afin justement d'éviter les heurts entre ces deux logiques différentes. Ainsi, par exemple, la loi énonce que le directeur de l'établissement de santé évalue lui-même la compétence des thérapeutes qu'il destine à travailler en milieu pénitentiaire (sur la base du volontariat) mais que c'est à l'administration de la prison d'habiliter ou non ce médecin après une enquête éventuelle. Ainsi, les garanties sont assurées que les médecins soient suffisamment compétents et investis dans leur activité, ce qui n'était pas nécessairement le cas lorsque l'administration pénitentiaire recrutait directement ses docteurs.

Mais d'autre part, le directeur interrégional des services pénitentiaires a toute autorité pour suspendre et retirer une habilitation s'il y trouve des raisons suffisantes⁷. Dans le cas qui nous occupe, on comprend alors que même si le CHU venait à soutenir, au nom de la déontologie, un médecin refusant les conditions d'entrave de son patient, l'administration pénitentiaire aurait de fait la possibilité d'écarter simplement ce médecin.

B. UN BROUILLAGE DES ATTRIBUTIONS DE COMPETENCES DU MEDECIN AYANT SES AVANTAGES ET SES INCONVENIENTS.

Cette délimitation s'exprime aussi dans les attributions de compétences des praticiens hospitaliers. Leur mission principale est de proposer aux prisonniers une offre de soin équivalente à celle de la société hors les murs. Or, les réglementations pénales réaffirment les dispositions de droit impliquant qu'un médecin affecté au sein d'une UCSA, du fait qu'il agit en tant que médecin traitant⁸, ne doit pas avoir à endosser les responsabilités de la médecine judiciaire, celles qui délivrent des expertises pour répondre aux besoins d'une instruction, qui interviennent directement dans l'application des peines en attestant de la recevabilité médicale des sanctions. De telles expertises doivent être faites par un médecin étranger à l'UCSA. Cette limite permet de rendre la pratique médicale désintéressée, de préserver le médecin de soupçons de complicité avec la justice que pourrait entretenir le détenu.

Mais dans la pratique, cette séparation des attributions peut être brouillée. Les travaux de recherche en éthique médicale des situations extrêmes ont déjà rapporté les conflits naissants des situations où le praticien de l'UCSA se déplace hors de ses locaux pour donner des consultations aux détenus placés en quartier disciplinaire ou en isolement dans une cellule individuelle⁹.

En effet, l'une des attributions spéciales du médecin d'UCSA est de pouvoir mettre fin à ce genre de sanction d'isolement s'il la juge de nature à mettre en péril la santé de son patient¹⁰. Or ceci est considéré comme une expertise car le médecin sort de sa neutralité thérapeutique pour influencer sur l'application des punitions concernant ses patients. C'est là qu'apparaît le mélange des fonctions.

Ce qui rend les choses plus complexes encore, et peut-être même absurdes, c'est que souvent ces conditions d'isolement sont délétères à en croire, par exemple, la commission d'enquête menée par le Sénat en 2000¹¹. Les logiques du droit

⁷ Guide méthodologique concernant la prise en charge des personnes placées sous main de justice rédigé par le ministère de la Santé et le ministère de la Justice, 2012, p. 42-43.

⁸ Article R. 4127-105 du Code de la Santé Publique : « Nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade. [...] ».

⁹ LAGUARRIGUE, Aude. « Le médecin face aux conflits éthiques en prison », dans *Traité de bioéthique*, tome III : Handicaps, vulnérabilités, situations extrêmes. HIRSCH Emmanuel (dir.), Toulouse : éditions Éres, 2010, p. 262.

¹⁰ Article R. 57-7-31 du Code de Procédure Pénale et article R. 57-8-1 du même Code.

¹¹ « L'état des " mitards " est variable [...]. Certaines cellules disposaient encore de toilettes à la turque, d'une saleté souvent repoussante, avec un robinet. Le détenu dort sur un mince matelas, posé sur une dalle de béton. L'aération est parfois déficiente. La température peut y être glaciale en hiver, et suffocante en été. La " promenade " consiste à se rendre seul, une heure par jour, dans une petite cour grillagée. A cet égard, [...], le détenu peut très bien ne pas voir le ciel, et

pénal et de la déontologie médicale voudraient donc que ces sanctions d'isolement soient levées immédiatement dans tous les cas, nombreux et même ordinaires, où la privation de confort vire à l'administration d'une souffrance corporelle et psychique menaçant la santé. Mais les logiques du fait accompli et des convenances pénitentiaires empêchent cela absolument. À quel moment la décision de suspension de la sanction par le médecin sera-t-elle jugée légitime ? Au moment où le détenu sera effectivement tombé malade par suite de la punition ? Si le médecin ne lève pas la sanction, cela doit-il vouloir dire que la santé du détenu ne subit aucune violence ?

On peut remarquer que le cas du port de menottes durant les consultations est analogue en ce qu'il se produit un brouillage semblable du rôle du médecin, lui faisant perdre sa neutralité. Durant la consultation sous entraves ou en quartier disciplinaire, le médecin peut redouter de servir de caution à des pratiques discutables dans tous les cas où il ferme les yeux pour respecter l'ordre pénitencier. Ceci peut le rendre suspect aux yeux des détenus, instaurer un malaise.

Cependant, dans le cas de la consultation au « mitard », la non neutralité du médecin est reconnue, aménagée, entérinée par le règlement, car c'est le seul moyen de parer à des situations catastrophiques : le médecin est considéré, dans ces cas d'isolement, comme le seul représentant possible d'une forme de lucidité sur l'état de santé réel du malade, dans un contexte où le déploiement de force punitive est majeur, obnubilé, indifférent à des paramètres vitaux qui lui sont étrangers, alors que le prisonnier n'a pas la possibilité de faire appel à un expert indépendant.

Finalement, le sens de cette confusion autorisée entre expertise et soin au « mitard » repose sur la reconnaissance du médecin en tant que dernier bastion de clairvoyance sur l'éthique, la santé, la vie et la dignité des malades détenus, là où la logique punitive s'aveugle au point de meurtrir les prisonniers. Et c'est en cela aussi que le regard porté par le docteur sur les menottes a une grande importance : que la pertinence de son appréciation soit ou non reconnue par l'institution pénitentiaire, il n'en est pas moins ici aussi le seul acteur susceptible d'évaluer les dommages causés par le port de menottes en temps de soin, de faire valoir la dignité de son patient, la sacralité laïque de sa consultation, et de s'opposer, le cas échéant, à une sanction qu'il jugerait dégradante ou blessante.

C. UN RAPPORT DE CONFIANCE RENDU FRAGILE ENTRE MEDECIN ET PATIENT.

Un autre exemple peut rendre compte de la nature des conflits éthiques survenant entre principes médicaux et principes judiciaires : celui de la spécificité du droit encadrant le secret médical en milieu carcéral. Ici, il peut couramment survenir, étant donné la promiscuité du système carcéral, que les informations médicales ne puissent de fait demeurer secrètes. Un exemple peut se trouver dans les épisodes de maladies contagieuses ; voici justement ce qu'énonce de manière purement contradictoire le guide méthodologique à destination du personnel de soin exerçant en prison, manuel de référence distribué à tout nouveau membre des UCSA : « [en] cas de maladies contagieuses [...] il s'agit, **sans donner de nom de patients**, de pouvoir informer sur les mesures à prendre [...]. **La personne détenue doit alors être isolée** (art. D. 384-1 du CPP) »¹². Cette préconisation exprime parfaitement la volonté apparente de respecter le secret médical en préservant l'anonymat du malade, tout en démontrant immédiatement l'impossibilité pratique d'une telle chose : l'isolement du détenu en question ne se fera pas, on l'imagine fort bien, sans que l'administration pénitentiaire n'ait une pleine connaissance de l'identité de la personne déplacée.

La situation du port de menottes est tout à fait analogue encore une fois, mais pour une raison différente : le pénal interfère ici directement dans le rapport de confiance, de bienveillance mutuelle, nécessaire au bon soin, qui devrait favoriser les confessions pour ainsi dire physiques du malade (en ce qui concerne les soins somatiques de l'UCSA) : l'expression des douleurs, le dévoilement des parties parfois intimes du corps, le partage des angoisses charnelles liées à la peur de la mort, tous ces dires et ces gestes sans lesquels le diagnostic est rendu plus complexe voire impossible. Sans cette confiance, par le fait des menottes, le patient ne se livre pas pleinement entre les mains du praticien et c'est alors le médecin lui-même qui se retrouve entravé dans son exercice.

Si le dévoilement du secret médical en prison équivaut pour le détenu à une contamination de tout son environnement carcéral par les problèmes de santé, du fait de la diffusion des détails de son intimité à travers les groupes de prisonniers et de surveillants, le port de menottes durant la consultation revient inversement à immiscer la prison dans une enclave

déambuler dans un local à peine plus grand que sa cellule [...]. La durée maximale de " quarante-cinq jours " est largement supérieure à celle pratiquée par exemple en Italie (15 jours) et en Allemagne (28 jours) ». Rapport de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France, créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat le 10 février 2000, p. 148.

¹² Guide méthodologique concernant la prise en charge des personnes placées sous main de justice rédigé par le ministère de la Santé et le ministère de la Justice, 2012, p. 288-289.

médicale sanctuarisée, introduisant une marque de fer symbolique sur chaque geste thérapeutique rendu pénible et injectant le « remède » punitif sous la peau même de la médecine.

2. LA CONFRONTATION DES TEXTES DE LOI.

A. LES TEXTES DE DEONTOLOGIE MEDICALE.

Quelles sont donc les normes entrant précisément en jeu dans le cadre de cette saisine, celles qui, de part et d'autre des sphères médicales et pénales, entrent en tension et tiraillent les médecins ? Du côté de la médecine, voici les règles du Code de Déontologie directement impliquées :

Article R4127-2

Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans **le respect** de la vie humaine, **de la personne et de sa dignité**.

Article R4127-10

Un médecin amené à examiner une personne privée de liberté ou à lui donner des soins **ne peut**, directement ou indirectement, **serait-ce par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte** à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou **à sa dignité**.

S'il constate que cette personne a subi des sévices ou des mauvais traitements, il doit, sous réserve de l'accord de l'intéressé, en informer l'autorité judiciaire.

Article R4127-69

L'exercice de la médecine est personnel ; **chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes**.

Article R4127-95

Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut **à une administration**, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé **n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant** le secret professionnel et **l'indépendance de ses décisions**.

En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. **Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes** et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce.

Chacune de ces règles déontologiques reflète parfaitement les risques extrêmement présents de dérives liées à la pratique de la médecine dans des situations et des milieux contraignants. Les articles R4127-10 et R4127-95 rendent compte clairement des abus pouvant naître dans les prisons et face auxquels la morale doit s'opposer : la complaisance médicale envers les sévices physiques et moraux, ainsi que la soumission de la médecine à des logiques dénaturant ses principes.

B. LES TEXTES PENAUX.

Examinons à présent les dispositions réglementaires provenant de la sphère pénale et ayant de potentielles incidences sur le travail du médecin (ces articles sont tous issus du Code de procédure pénale, mis à part le dernier) :

Art. R. 57-7-84-1.

[...] Les personnes détenues majeures qui présentent des **antécédents de violences ou un risque de passage à l'acte violent**, ou ont commis des violences en détention peuvent être placées au sein d'une unité pour détenus violents si **leur comportement porte ou est susceptible de porter atteinte au maintien du bon ordre** de l'établissement ou à la sécurité publique.

Art. R. 57-7-84-2.

Le placement en unité pour détenus violents est une décision administrative qui **n'est pas une mesure disciplinaire**.

Les dispositions de l'article 47 du règlement intérieur type des établissements pénitentiaires, annexé à l'article R. 57-6-18 relatives aux maisons centrales, **sont applicables aux unités pour détenus violents** quel que soit l'établissement où elles sont localisées.

Extraits de l'annexe à l'article R57-6-18 consistant en un règlement intérieur type adaptable par les prisons :

Article 7, III.

Par mesure de précaution contre les évasions, **la personne détenue peut être soumise au port des menottes** ou, s'il y a lieu, des entraves pendant son transfèrement ou son extraction, ou **lorsque les circonstances ne permettent pas d'assurer efficacement sa garde d'une autre manière**.

Article 14, II.

Lorsque la personne détenue est admise dans un établissement de santé, les règlements pénitentiaires demeurent applicables à son égard dans toute la mesure du possible. Il en est ainsi notamment en ce qui concerne ses relations avec l'extérieur.

Art. R. 57-7-84-3.

Les personnes détenues placées en unité pour détenus violents font l'objet de **mesures de sécurité individualisées**, qui sont régulièrement réévaluées.

Elles font l'objet d'évaluations régulières par une équipe pluridisciplinaire, pendant toute la durée du placement, et bénéficient d'un **programme de prise en charge adapté à leur personnalité** et à leur comportement, susceptible d'évoluer au cours du placement.

Article D388 du Code de procédure pénale.

L'habilitation peut être suspendue par le directeur interrégional des services pénitentiaires pour les praticiens hospitaliers à temps plein, ou par le chef de l'établissement pénitentiaire pour les autres personnels hospitaliers, **en cas de manquements graves aux dispositions du code de procédure pénale ou du règlement intérieur**. Le directeur de l'établissement de santé doit en être préalablement informé.

L'autorité qui a délivré l'habilitation **rend**, dans le mois suivant la suspension, **une décision motivée de maintien ou de retrait de l'habilitation**, après avoir recueilli les observations de la personne habilitée et l'avis de l'autorité investie du pouvoir de nomination.

Article 46 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009.

La prise en charge de la santé des personnes détenues est assurée par le service public hospitalier dans les conditions prévues par le code de la santé publique.

La qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population.

À propos de ces textes de droit pénal, il semblerait à notre connaissance que rien ici ne soit de nature à imposer aux détenus d'UDV un port de menottes systématique à chaque sortie de cellule ni de les garder en entrant dans les locaux dédiés aux consultations, même s'il ne paraît pas non plus impossible de pouvoir se servir de l'article 7 III du règlement type pour justifier cette pratique.

En second lieu, il convient de noter que ces articles entendent à la fois faire régner un impératif de sécurité protégeant ceux qui travaillent en prison (les surveillants mais aussi, entre autres, les médecins) ainsi que les détenus eux-mêmes, ceux-ci pouvant porter atteinte à leur propre intégrité. Un troisième point est important : les moyens de coercition doivent être individualisés, ce qui pose question en ce qui concerne la volonté de menotter sans distinction tout détenu de l'UDV devant quitter sa cellule.

C. LES TENSIONS ENTRE LES TEXTES.

À présent, que dire de la confrontation de ces textes pénaux et médicaux ? Quelles lignes de force naissent de l'interpénétration de ces règles différentes ?

Tout d'abord, on voit que les tensions pressenties se confirment et se clarifient : se précise d'entrée l'affrontement entre respect de la dignité du patient (rappelée à l'article R4127-2) et possibilité de menotter les détenus en consultation du fait qu'ils ne sont plus gardés efficacement par les surveillants à l'intérieur du cabinet médical auquel ils n'ont pas en principe accès (article 7, III de l'annexe à l'article R-57-6-18 du CPP).

Mais encore faut-il considérer le port de menottes en consultation comme une atteinte à la dignité. C'est bien la conception qu'a rappelée le Comité National d'Ethique en 2006 : « ces pratiques [de port d'entraves durant les consultations, *ndr*] constituent incontestablement une humiliation et un traitement inhumain et dégradant, mettent en péril la relation de confiance entre le médecin et le malade, élément essentiel de l'acte médical, et peuvent porter atteinte à la qualité de l'examen médical et des soins. [Celles-ci] ne devraient se produire que dans des circonstances absolument exceptionnelles à l'occasion d'une situation de dangerosité maximale [...] et uniquement sur la demande du personnel médical une fois qu'il a été dûment informé »¹³. Néanmoins, cette idée de l'indignité des menottes peut encore être débattue, ce que nous verrons au cours de notre deuxième partie.

Le deuxième réseau de tension se forme entre l'interdiction de cautionner des pratiques indignes (article R4127-10) et l'obligation de proposer aux détenus des soins équivalents à ceux dont bénéficie toute la population (article 46 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009). En un sens, le problème se pose si l'on considère que l'article 46 met le médecin dans une situation où il ne peut laisser le détenu entravé sans soins, alors même que l'acceptation des menottes pourrait être perçue comme un soutien tacite d'un procédé indigne. Mais, en un autre sens, le problème peut se dissiper si l'on considère que l'article 46, lorsqu'il réclame des *conditions de soin équivalentes* à celles de la population, récuse lui aussi toute consultation placée sous le régime de l'entrave car rendant ces conditions de soin non-équivalentes mais bien pires en terme de dignité. Seulement, de ce fait, la tension ne s'évanouit pas pour autant : elle se déplace en ce que le médecin est conduit à refuser ces conditions de soin, ce qui l'inscrit en faux contre l'administration pénitentiaire.

Un troisième rapport de force se noue donc, comme nous l'avions évoqué précédemment, entre les règles affirmant la responsabilité du médecin en ce qui concerne chacun de ses actes (ceux-ci ne devant pas viser autre chose que la santé publique et l'intérêt des personnes), comme l'expriment les articles R4127-69 et R4127-95 du Code de Déontologie, et celles donnant plein pouvoir à la structure pénitentiaire de suspendre et de retirer l'habilitation du médecin lui permettant de travailler en prison (article **D. 388** du Code de procédure pénale).

Étant donné la forte gêne pouvant communément être occasionnée par les individus évoluant à contre-courant au sein des milieux professionnels ordinaires de la société, on peut sans peine imaginer l'hostilité que pourrait déclencher la résistance au sein d'un milieu fortement hiérarchisé et soumis à de redoutables pressions : le médecin, s'il est récalcitrant, peut s'exposer à maints déboires dont bien-sûr celui d'être démis de ses fonctions. Pourtant, cela serait-il légal ? S'opposer à une pratique nouvelle accompagnant la création d'un quartier carcéral spécial peut-il consister en un « cas de manquements graves aux dispositions du code de procédure pénale ou du règlement intérieur » ? Une zone d'incertitude demeure ici en raison des marges de manœuvre qu'offre l'interprétation des textes.

¹³ Avis n° 94 du Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, *La santé et la médecine en prison*, 26/10/06, p. 27 ; voir également le §51 de l'arrêt n° 19868/08 de la CEDH sur l'affaire Duval C., rendu le 26 mai 2011.

3. NATURE ET EVOLUTION DES CONFLITS ETHIQUES, EN PARTICULIERS MEDICAUX-PENAUUX.

Ces conflits éthiques sont bien identifiés par Paul Ricœur dans la préface qu'il donne à l'ouvrage *Médecins tortionnaires, Médecins résistants* : « la médecine en milieu carcéral [recèle] maintes situations où le devoir de soigner entre en compétition avec les règles d'ordre impliquées dans la notion même de punition »¹⁴, reconnaît-il. Il en éclaire dans un autre texte, appelé *Éthique et morale*, les tenants et les aboutissants¹⁵ : d'après, lui, le centre de cet antagonisme est moral, tandis que les solutions à apporter sont éthiques. À quoi revient au juste cette distinction souvent perçue comme plutôt confuse entre éthique et morale, en ce qui concerne la médecine dans le milieu carcéral ?

Selon Paul Ricœur, l'élaboration du bien agir suit un processus dialectique naissant au travers d'une première phase éthique, où l'éthique se définit comme le désir d'une vie bonne et juste : c'est un souhait essentiellement positif, non canalisé, une tension vers un idéal tel que le bonheur ou le bien¹⁶ (en ce qui concerne cette saisine, cela pourrait être le désir de soigner dans la dignité).

En second lieu doit intervenir le filtre de la morale, et la morale prend ici le sens de normes régulatrices, restrictives, limitatives, permettant de proscrire des actions ne répondant pas à un idéal d'universalité¹⁷. La forme la plus célèbre du filtre moral est la maxime universellement connue « ne fais pas à autrui ce que tu ne voudrais pas qu'il te soit fait », formule pouvant être précisée à volonté comme par exemple avec la règle non moins célèbre « tu ne tueras point ». Là où le désir éthique s'exprime de manière positive, on aperçoit bien les tournures négatives demandées par les filtres de la morale (ici, concernant notre saisine, pourraient correspondre au choix « tu ne laisseras pas un être sans défense face à un danger menaçant son intégrité », ou, ce qui est conflictuel, « tu n'accepteras pas d'exercer ton art dans des circonstances dégradantes pour le patient »).

Enfin, suite justement aux confrontations mutuelles survenant immanquablement entre ces normes morales, la troisième phase correspond à un retour vers l'éthique, à l'inspiration apportée par le souhait du meilleur, de l'idéal, mais appliquée cette fois à la particularité des situations : c'est le recours à une sagesse pratique apte à trancher les dilemmes des principes universels opposés¹⁸ (il s'agirait alors, face à l'entrave des patients, de composer ou de résister selon la tournure précise de la situation et selon la conviction du médecin, ce que nous allons développer).

En un sens, il faudrait suppléer à l'incapacité de traiter les cas particuliers qu'ont les grandes règles morales limitatives grâce à un souci éthique (dirigé vers le bien, le juste, le bonheur...) prenant en compte la complexité du réel. Concrètement, cela veut dire que, pour Paul Ricœur, le médecin doit juger en son âme et conscience de ce qu'il y a de mieux à faire étant donné la spécificité du problème auquel il est confronté : sa décision concrète, même si elle peut paraître subjective, ne sera pas arbitraire dans ces situations de tension dès lors qu'elle aura soupesé les implications des différentes règles et qu'elle sera sincèrement enracinée dans un terreau éthique véritable¹⁹.

Paul Ricœur soutient que lorsque le conflit paraît inextricable, la sagesse pratique du médecin gagne à chercher les conseils de ses pairs ou d'autres acteurs de confiance : « ce n'est jamais seul que l'on décide, mais au sein de ce que j'appellerais une *cellule de conseil*, où plusieurs points de vue sont en balance »²⁰. Là encore, le recueil et la discussion d'avis multiples ne garantit pas l'objectivité pure de la décision comme seul choix valable : « l'expérience historique montre en effet qu'il n'y a pas de règle immuable pour classer dans un ordre universellement convaincant des revendications aussi estimables que celles de la sécurité, de la liberté, de la légalité, de la solidarité, etc. »²¹, mais cette étape d'échanges permet de s'assurer de l'absence d'angles morts dans la réflexion, de garantir un certain dépassement de la problématique, et de permettre une synthèse de différentes perspectives, un enrichissement de la perception du cas : « cette sagesse pratique n'est plus une affaire personnelle : c'est si l'on peut dire une *phronésis* à plusieurs »²², cette *phronésis* pouvant désigner, chez Aristote, une sagesse appliquée aux situations de la vie, sortant de la pure théorie.

¹⁴ RICOEUR, Paul. « Préface à *Médecins tortionnaires, Médecins résistants*, 1990 », *Lectures 1 : autour du politique*. Paris : Éditions du Seuil, 1991, p. 401.

¹⁵ RICOEUR, Paul. « Éthique et morale, 1990 », *Lectures 1 : autour du politique*. Paris : Éditions du Seuil, 1991, p. 259-270.

¹⁶ RICOEUR, Paul. « Éthique et morale, 1990 », *Lectures 1 : autour du politique*. Paris : Éditions du Seuil, 1991, p. 259.

¹⁷ *Ibid.*, p. 262-263.

¹⁸ *Ibid.*, p. 266-267.

¹⁹ *Ibid.* p. 267.

²⁰ *Ibid.*, p. 268.

²¹ *Ibid.*, p. 270.

²² *Ibid.*

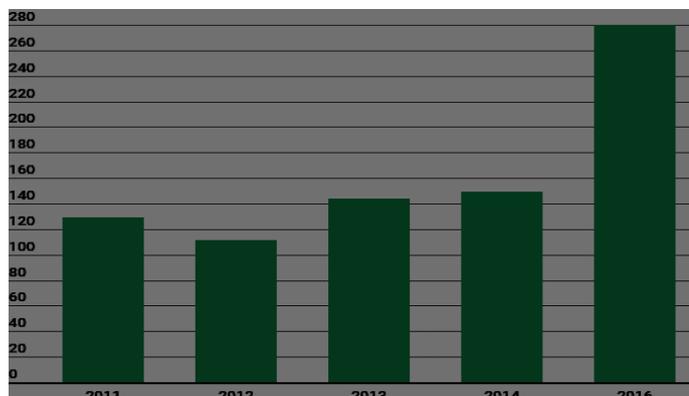
DEUXIEME PARTIE. LA QUESTION DE LA DANGEROUSITE COMME FONDEMENT DU PORT DE MENOTTES : ASPECTS POLITIQUES ET PRATIQUES. ENJEUX HISTORIQUES DE LA NOTION DE DANGER ET INTERROGATIONS SUR LES REACTIONS SECURITAIRES ET MEDICALES. LA MEDECINE FACE AUX POLITIQUES PENALES DITES INFAMANTE, CORRECTRICE OU SECURITAIRE.

1. UNE APPROCHE PRATIQUE DE LA DANGEROUSITE : LE DANGER COMME JUSTIFICATION DES MESURES SECURITAIRES.

Quel danger un médecin d'UCSA court-il face à ses patients ? À quels risques l'UDV est-elle censée parer ?

A. LE POINT DE VUE DES SURVEILLANTS.

La mise en place des UDV a été présentée dans les médias comme une réponse à une augmentation des agressions graves entre les détenus mais surtout à l'encontre des surveillants pénitentiaires. Sur ce diagramme reprenant les données de l'administration pénitentiaire concernant le nombre d'agressions envers les surveillants ayant conduit à des interruptions temporaires de travail, leur nombre apparaît avoir doublé en deux ans, entre 2014 et 2016.



Aggressions ayant donné lieu à une interruption temporaire de travail. Référence du diagramme : données de l'administration pénitentiaire, citées par https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/le-vrai-du-faux/le-vrai-du-faux-de-plus-en-plus-d-agressions-de-surveillants-dans-les-prisons_2551873.html

Si les agressions de grande violence sont reconnues comme peu nombreuses, elles n'en ont pas moins suscité il y a deux ans de forts mouvements de contestation parmi les gardiens de prison : « Des profils minoritaires dont les agressions suffisent pourtant à désorganiser des prisons entières et exaspèrent les surveillants : ces derniers s'étaient massivement mobilisés en janvier 2018 après une série d'attaques »²³.

Là serait l'origine conjoncturelle de la création des UDV, la pression exercée par le mouvement social ayant été assez considérable et les grévistes très déterminés (ceux-ci bravant d'ailleurs l'interdiction de faire grève s'appliquant à leur profession) : « selon le ministère de la Justice, à 9h30, 119 établissements pénitentiaires, sur 188, étaient perturbés mercredi [17 janvier 2018, ndr] à des degrés divers. Parmi eux, 15 étaient paralysés et 45 souffraient d'un fonctionnement réduit au minimum, dix jours après le début de la mobilisation contre l'insécurité des surveillants, commencée le 11 janvier à la suite d'agressions à la prison de Vendin-le-Vieil (Pas-de-Calais) »²⁴.

B. LE POINT DE VUE POLITIQUE.

L'installation des UDV correspondrait donc à « un dispositif annoncé par le ministère de la Justice lors du large mouvement de protestation des surveillants en janvier 2018 et qui sera étendu à d'autres sites »²⁵.

Une autre explication de la genèse de cette unité spéciale pourrait être l'accomplissement logique du processus législatif, c'est-à-dire de l'actualisation d'un agenda fixé de longue date, comme en témoigne la loi n° 2016-731 du 3 juin 2016, dont l'article 19 a pour but d'insérer au CPP l'article 726-2 qui se compose ainsi :

²³ COLCOMBET Louise. « Lits scellés, fenêtres en plexiglas... de nouveaux quartiers pour les détenus violents », article publié le 7 mai 2019 sur le site du Parisien. <http://www.leparisien.fr/faits-divers/lits-scelles-fenêtres-en-plexiglas-de-nouveaux-quartiers-pour-les-détenus-violents-07-05-2019-8067444.php>

²⁴ Article publié le 24 janvier 2018 à 08h49 sur le site du Parisien (modifié le 24 janvier 2018 à 20h26) : « Prisons : l'administration pénitentiaire veut des sanctions contre les grévistes ». <http://www.leparisien.fr/faits-divers/prisons-10e-jour-de-blocage-des-surveillants-24-01-2018-7519542.php>

²⁵ AFP. « Dans une prison de la banlieue de Lille, un nouveau quartier réservé aux détenus violents », article publié le 7/05/2019 sur le site du Point. https://www.lepoint.fr/societe/dans-une-prison-de-la-banlieue-de-lille-un-nouveau-quartier-reserve-aux-détenus-violents-07-05-2019-2311150_23.php#

Art. 726-2. - Lorsqu'il apparaît que leur comportement porte atteinte au maintien du bon ordre de l'établissement, les personnes détenues exécutant une peine privative de liberté peuvent, sur décision du chef d'établissement, faire l'objet d'une évaluation ou bénéficier d'un programme spécifique de prise en charge au sein d'une unité dédiée.

Au regard de ce texte de loi, la création des UDV, d'où découle la problématique des entraves portées durant les consultations, apparaîtrait davantage comme une évolution structurelle, moins directement événementielle qu'il peut le sembler à travers le filtre médiatique. Voici comment la ministre de la justice, Mme Nicole Belloubet, présente les UDV au printemps 2019 :

Nous avons en effet décidé d'ouvrir à Lille-Sequedin cette année une unité pour détenus violents. Ce projet s'inscrit dans un cadre plus général, que j'ai déjà eu l'occasion d'expliquer devant vous : construire dans nos prisons à la fois des parcours d'individualisation, aux différentes étapes des parcours de peine, et des régimes différenciés de prise en charge des détenus en fonction de leur degré de dangerosité²⁶.

Une des volontés ayant poussé le projet des UDV serait donc celle d'une individualisation des conditions d'enfermement par rapport aux différents profils des détenus. Ceci pourra avoir une importance pour la suite de notre étude.

C. LES MEDECINS FACE AU DANGER EN UCSA.

Ceci étant dit, le fait que les surveillants soient la cible de ces violences intenses ne veut pas nécessairement dire que les médecins soient exposés aux mêmes risques. Ne pourrait-on pas croire qu'ayant un statut différent, altruiste plus que répressif, protecteur plutôt que coercitif, les médecins puissent être épargnés par ces actes et qu'il ne soit pas nécessaire de menotter des individus violents dans le cadre de leurs interactions ? Les chiffres semblent ici manquer pour mettre à l'épreuve cette idée, ce qui pourrait laisser croire que les médecins ne nourrissent pas beaucoup les statistiques en tant que victimes d'agressions. À défaut de données, il ne serait pas ici inutile d'illustrer la situation par un témoignage :

Julia, une énergique médecin généraliste, va recevoir Sophie seule, pour échanger avec elle sur les résultats de l'examen dans un cabinet dédié aux soins généraux et psychiatriques. Une promiscuité qui n'inquiète pas le médecin. À Versailles, les agressions sont quasi inexistantes. À Bois-d'Arcy, une maison d'arrêt pour hommes (900 places) également suivie par le centre hospitalier et l'équipe de l'UCSA de Versailles, elles restent aussi rarissimes, bien que l'ambiance y soit plus violente. "En revanche, les injures y sont légion. Dans ces cas-là, nous arrêtons la consultation", explique Julia. En cas de problème, les soignants comptent aussi sur la rapidité de réaction des surveillants, qui peuvent être alertés grâce à des alarmes installées dans la plupart des pièces de l'UCSA »²⁷.

« Rarissime » est bien le mot le plus saillant de ce récit, rare ne voulant pas dire inexistant. C'est donc bien qu'il y a des médecins qui se font agresser par les détenus se présentant à eux sans entraves. L'idée d'une immunité du corps médical serait donc illusoire. Puisque ces incidents sont rares, c'est en cherchant dans les faits divers que l'on peut réussir à se représenter ce à quoi peut être confronté un médecin d'UCSA.

Deux illustrations pourraient permettre de mieux comprendre la situation de ce genre de conflits. La première concerne l'attaque d'un ophtalmologue en dehors du cadre de ses consultations (l'un de ses deux yeux a presque été perdu) :

²⁶ Réponse du Ministère de la justice, en la personne de Mme Nicole Belloubet, garde des sceaux, ministre de la justice, publiée dans le JO Sénat du 17/05/2019, p 6533.

²⁷ NARCY Jérôme (témoignage recueilli par). « 8 heures dans la vie d'un médecin généraliste en prison », article publié le site Egora.fr et repris par le site internet des Généralistes CSMF, le 26 août 2014. <https://lesgeneralistes-csmf.fr/2014/08/26/8-heures-dans-la-vie-dun-mg-en-prison/>

Selon le Dr Ludovic Levasseur, médecin chef de l'UCSA de Villepinte, le patient avait rendez-vous avec son psychiatre lorsqu'il a croisé l'ophtalmologiste avec qui il avait eu une récente altercation. Compte tenu de ce précédent, l'équipe évitait toute rencontre entre les deux. « À l'insu de la surveillance, en passant au travers de deux postes de contrôle, il a réussi à se réintroduire dans le service pour commettre un acte délibéré », explique au « Quotidien » le médecin. Il tenait un demi-ciseau affûté et un stylo surmonté de lames de rasoir²⁸.

La seconde illustration relate une agression ayant eu lieu dans le cadre d'une consultation au centre pénitentiaire des Baumettes à Marseille :

Les faits datent du 15 janvier [2020, ndr]. Un détenu de 36 ans condamné pour des vols, violences aggravées et suivi pour radicalisation devait se rendre en consultation chez le psychiatre. Les agents qui l'accompagnaient devaient être équipés de casques et boucliers. Le prisonnier était menotté lors de son déplacement. A la demande du médecin, le détenu s'est vu retirer ses menottes pendant la consultation. Mais il s'est brutalement levé et s'est jeté sur le psychiatre. Il a tenté de lui enfoncer ses pouces dans les yeux avant de l'étrangler en criant "Allah Akbar". Évacuée vers les urgences de l'hôpital la victime présente un hématome sur un œil et des problèmes de vision²⁹.

En mettant en lumière la vulnérabilité des médecins des UCSA, ce second cas peut évidemment laisser penser que seul un maintien des entraves durant la consultation aurait pu empêcher cette catastrophe. Le premier cas pourrait quant à lui pousser cette impression jusque l'idée de la nécessité du port de menottes durant tous les déplacements pour les détenus dangereux, ce qui est justement la règle au sein des UDV. Mais les faits divers sont-ils de bon conseil ? Ne poussent-ils pas, du fait de leur caractère hors du commun, à envisager des mesures extraordinaires ? Ou bien, doivent-ils tout de même être considérés comme des alertes à ne pas négliger ?

D. LES TRADITIONS FACE AU DANGER : PRISE EN CHARGE OU ELIMINATION ?

Le problème de la dangerosité en médecine et la question de la prise en charge des individus dangereux par le pouvoir politique s'enracinent et se développent respectivement, entre autres, à partir des pensées antiques d'Hippocrate et de Platon. On peut en partie mesurer en observant leurs doctrines ce sur quoi notre époque peut fonder et justifier quelques-unes de ses attitudes les plus actuelles : il est ainsi possible de discerner que dès cette époque l'art médical et l'art politique pouvaient paraître s'orienter différemment face au danger, l'un tendant vers son acceptation, l'autre vers son rejet.

Ainsi, les textes du corpus hippocratique préconisent fondamentalement une attitude impassible face aux aspects les plus intimidants de la pratique médicale, dans le but de prendre en charge le danger :

Le médecin voit des choses effrayantes, son toucher est offensé, et dans les malheurs d'autrui son cœur est blessé de chagrins particuliers, tandis que les patients échappent, par l'entremise de l'art, aux maux les plus grands, maladies, souffrances, peines, mort ; car c'est contre tous ces maux que la médecine offre des secours³⁰.

Plus encore, les nombreuses fiches hippocratiques portant sur les malades d'épidémies (environ 450)³¹, témoignent du positionnement traditionnel des médecins face au danger. C'est-à-dire que ces cas précis, ici la menace d'être victime d'une contamination en allant à la rencontre des personnes infectées, nous semblent généralisables : dans l'esprit du médecin, le secours aux malades a visiblement tendance à primer sur la protection totale de sa propre santé. Cet exemple peut nous permettre de mieux comprendre la propension des thérapeutes à accepter des risques de genres divers, parfois très grands, par sentiment de devoir envers leurs patients mais aussi envers les principes que leur métier

²⁸ GARRÉ, Coline. « Un détenu agresse violemment un médecin à la prison de Villepinte », article publié le 08/01/2013 sur le site du Quotidien du Médecin. <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/sante-publique/un-detenu-agresse-violemment-un-medecin-la-prison-de-villepinte>

²⁹ Article publié sur le site Egora le 20/01/2020 : « Un détenu tente de crever les yeux d'un psychiatre ». <https://www.egora.fr/actus-pro/violence/54756-un-detenu-tente-de-crever-les-yeux-d-un-psychiatre>

³⁰ HIPPOCRATE. *Des vents*, chapitre 1, vol. 6, dans *Œuvres complètes*. Traduit par Emile Littré, Paris : éd. J.-B. Baillière, 1861.

³¹ Voir à ce sujet les livres *Épidémies* du corpus hippocratique.

implique. On s'étonnera moins dès lors que des médecins puissent vouloir mener leurs consultations dans les meilleures conditions possibles de dignité, en délivrant un prisonnier de ses entraves, au risque d'accroître un danger toujours latent en milieu pénitentiaire.

Parallèlement, mais en sens inverse, la volonté de bannissement du danger propre à certaines tendances politiques remonte traditionnellement au moins jusqu'à Platon et s'enracine au travers de textes saisissants. Dans les *Lois*, les mesures de contrôle et d'élimination des menaces sont très fermes, voire même glaçantes. En plus de préconiser la purification du troupeau social par emprisonnements systématiques et expulsions extra-muros des « bêtes » néfastes, ainsi que par le recours à la peine de mort³², la constitution d'une cité idéale devrait selon Platon prévoir d'écarter préventivement les enfants issus des lignées jugées les plus dangereuses : « le châtimement infligé au père ne retomber[a] sur aucun des enfants, sauf dans le cas où la peine de mort aura été méritée par leur père, leur grand-père et leur arrière-grand-père successivement, auquel cas notre cité les renverra »³³.

Le principe de prévention politique du danger est donc comme on le voit un très ancien sujet de réflexion ayant déjà été poussé fort loin dans les directions de la mise hors d'état de nuire et de la théorisation de la dangerosité, jusqu'à franchir sans doute les limites de la pondération. On peut donc envisager les lois françaises actuelles comme les fruits d'une recherche ininterrompue de réponses, parfois saisissantes, à donner aux sentiments de danger émanant de la société afin de les résorber. L'entrave systématique des détenus n'en est qu'une des formes les plus précises, dans le sens où la neutralisation du danger ne passe pas par la destruction de la vie en général, ni par son rejet au loin, ni même par sa claustration globale, mais par la limitation calculée d'une série de gestes spécifiques.

La dangerosité ne s'appréhende donc pas classiquement de la même façon selon qu'elle soit perçue par le médecin ou par le législateur. Mais cela ne veut pas dire que leurs fins ne puissent pas se rejoindre à terme. Afin de mieux cerner le problème posé au corps médical par le danger en milieu carcéral, il conviendrait de comprendre l'évolution de la relation entre législateur, médecin et prisonnier durant l'élaboration du système pénal français actuel.

2. REGARDS CHRONOLOGIQUES CROISES SUR LE TRAITEMENT DU DANGER ET SUR L'EXPANSION DE LA MEDECINE EN PRISON : LE PORT DE MENOTTES DURANT LES CONSULTATIONS EST-IL LEGITIME PAR L'EVOLUTION HISTORIQUE DES TECHNIQUES PUNITIVES ?

Pour comprendre les enjeux des dispositifs pénaux en France et de la pratique médicale en prison, ainsi que pour envisager l'évaluation de la dangerosité d'un prisonnier, il peut d'abord convenir d'appréhender l'évolution au cours du temps de ces aspects de la sphère juridico-pénitentiaire.

A. DE LA VENGEANCE PUNITIVE AU DRESSAGE PENAL : UNE INTRODUCTION DE LA MEDECINE COMME OUTIL DANS LE PROCESSUS DISCIPLINAIRE ?

Dans une perspective large, la médecine n'avait pas, ou peu, sa place dans l'univers carcéral avant le XVIII^e siècle, époque charnière pendant laquelle se trament de considérables mutations dans les conceptions de la justice et des peines : d'une vision théâtrale et vengeresse du châtimement centrée sur le supplice public du corps, l'institution s'oriente pour longtemps – jusqu'à nos jours – vers une organisation disciplinaire, correctrice, consistant en un dispositif de rééducation des condamnés utilisant des méthodes plus douces, et semblant ménager une contrainte à distance sur le corps par le biais d'exams, d'exercices, de collectes de données, par l'utilisation en somme d'une autorité plus maternelle.

L'attitude de la justice face aux menaces peut donc se décrire comme ayant subi une évolution, la faisant passer d'une politique d'appropriation du danger (l'État se faisait le devoir, par la virulence de ses châtimements, d'être la source de crainte surdéterminante, devant intimider les individus les plus dangereux eux-mêmes) vers une technique de conversion du danger visant à rendre inoffensifs et même sociables les citoyens perçus comme nuisibles.

C'est justement cette période de profondes réformes que retrace Michel Foucault dans l'ouverture de son étude *Surveiller et punir*, rendant compte du malaise éthique impliqué par la peine vengeresse (qui renverse paradoxalement les rôles au dernier moment, faisant de l'institution un bourreau et du coupable une victime), et motivant au cours des

³² PLATON. *Lois*, livre V, 735 c-e, trad. Luc Brisson et Jean-François Pradeau, dans *Œuvres complètes*. Paris, Flammarion, 2011, p. 792.

³³ *Ibid.*, livre IX, 856 d-e, p. 899.

XIX^e et XX^e siècle, dans une volonté affichée de conversion des détenus au bien, l'aménagement croissant de la présence en prison de figures tutélaires et prodigues de soins, de toute une gamme de nouveaux acteurs du champ pénitentiaire censés suppléer de manière douce aux violences punitives.

Dans un même mouvement d'ensemble, ces intervenants néojudiciaires et extrajudiciaires devaient guérir le détenu de sa tendance au mal tout en soignant l'image de la justice en amoindrissant son apparence cruelle :

Le châtement est passé d'un art des sensations insupportables à une économie des droits suspendus. S'il faut encore à la justice manipuler et atteindre le corps, ce sera de loin [...], toute une armée de techniciens est venue prendre la relève du bourreau : les surveillants, les médecins, les aumôniers, les psychiatres, les psychologues, les éducateurs. Par leur seule présence auprès du condamné, ils chantent à la justice la louange dont elle a besoin [...] ³⁴.

D'une part, donc, les punitions changent de nature et attaquent de moins en moins frontalement le corps et la dignité : les flagellations publiques, les bastonnades, et autres brutalités infamantes laissent place aux restrictions de mouvement, à l'encellulement, à la maîtrise des corps. C'est là que la méthodologie du port de menotte, qu'elle soit conçue comme peine ou comme précaution, peut éventuellement prendre un sens plus fort, une justification accrue. D'autre part, de plus en plus de nouveaux intervenants s'organisent autour des condamnés et amplifient le processus d'adoucissement de la justice.

On peut de ce fait noter dès à présent, en lien avec la question du port de menottes durant l'examen médical, que modalité punitive (sens du châtement, éventail des moyens...) et présence de personnel de santé en prison semblent intimement corrélées : les châtements non-corporels tels que le port d'entraves et la médecine intrapénitentiaire seraient deux arborescences évolutives ayant une même origine historique, à savoir celle du réajustement de valeurs entraîné par le passage de l'Ancien régime à celui des époques post-révolutionnaires.

Plus encore que cette origine commune, et selon l'approche foucauldienne, justice et médecine dans le contexte carcéral pourraient se joindre dans la poursuite d'un même objectif : le contrôle et la normalisation toujours plus poussée des individus, par le passage d'une stratégie judiciaire d'emprise directe, blessant le corps, vers une technique de pouvoir indirect (mais certainement aussi puissant) porté sur le dressage du corps.

Ici se conjuguaient alors, pour convertir le danger que représentent certains individus, les deux postures observées précédemment qui semblaient d'abord si opposées : l'attitude de combat contre le danger inhérente à la justice et l'attitude de prise en charge du danger endossée par la médecine, leur union dans les coulisses des prisons consistant en une double mise au pas.

Le problème d'entraves auquel sont confrontés aujourd'hui les médecins d'UCSA n'est donc peut-être pas purement conjoncturel, mais il est au contraire possible qu'il résulte du type d'évolution profonde d'ordre politique dont il vient d'être fait mention, ce qu'il nous revient de clarifier. Une mesure comme la systématisation du port de menottes pour un certain groupe de détenus rejoindrait-elle finalement, au fond, l'introduction toujours plus poussée du contrôle médical (normes, évaluations, surveillance intime, constitution de dossiers...) au sein des établissements pénitentiaires ?

Demandons-nous de ce fait ce qu'il en est aujourd'hui des répercussions de cette lame de fond juridique, en ce qui concerne l'accès au soin dans le système pénal.

B. LA MEDECINE EN MILIEU CARCERAL AUJOURD'HUI : LA CONTINUATION D'UN PROCESSUS LENT.

L'enracinement concret de ces principes a été progressif et deux de ses aboutissements les plus notables furent le décret du 14 mars 1986 qui eut pour résultat l'implantation de services de psychiatrie à l'intérieur même de quelques prisons (les SMPR) et la loi du 18 janvier 1994, dont il a été fait mention plus haut, qui donna naissance aux UCSA.

Ces deux mesures furent reconnues comme des progrès majeurs dans les conditions d'accès au soin en prison. Avant ces réformes, la santé y était la tâche de médecins vacataires. Des infirmiers (en général un par établissement pénitentiaire) assistaient aussi les détenus souffrants, mais ces derniers n'exerçaient pas toujours, eux non plus, leur

³⁴ FOUCAULT Michel. *Surveiller et Punir*. Paris : Gallimard, 2016, p. 18.

métier à temps complet³⁵, d'où résultaient de graves et permanentes carences tant dans les conditions de possibilité de la prévention des maladies, que dans l'installation de traitements au long cours et dans la possibilité de prodiguer les secours d'urgence régulièrement nécessaires.

Conformément à l'étude qu'avait réalisée Michel Foucault en 1976, le législateur s'efforçait toujours, en parallèle de cette invitation de la médecine en prison, de poursuivre le long travail d'étouffement de la violence punitive directe touchant au corps, avec par exemple l'abolition de la peine de mort en 1981 et l'autorisation donnée en 1988 de soumettre le droit pénal à une convention européenne contre les peines inhumaines et dégradantes³⁶.

C. LA SPECIFICITE DE LA MESURE D'ENTRAVE PAR RAPPORT AU REGIME PUNITIF INDIRECT : UNE DISSONANCE ?

Si l'on veut comprendre en quoi le port de menottes peut poser problème au personnel médical intervenant dans les unités pour détenus violents, malgré le danger encouru, il semble primordial de mettre cette nouvelle mesure en rapport avec les structurations législatives de notre temps et de situer la position du port d'entraves dans le nuancier de l'intensité punitive : cette contrainte est-elle du côté des peines douces et indirectes qui prétendent amender et faire de l'être dangereux un être sociable, ou entre-t-elle à l'inverse dans le champ des punitions charnelles et humiliantes ?

Il serait d'abord éventuellement possible de considérer les menottes comme un outil assez peu violent, comme une peine certes au plus proche de la chair, mais se limitant à une apposition non intrusive, non frappante, non blessante. Les menottes seraient donc en accord avec le processus d'adoucissement des peines visant à transformer l'institution carcérale en lieu de dressage. Pourquoi les médecins seraient-ils alors importunés par une pratique concordant avec un mouvement politique qui aurait justement été à l'origine de leur introduction dans le milieu carcéral ?

En suivant la trace de Michel Foucault, on pourrait supposer que le médecin, lorsqu'il ressent une sorte de malaise face aux menottes, réagirait en fait à l'explicitation au cœur de son métier d'une logique punitive latente, sous-jacente, à laquelle il participerait inconsciemment tout en croyant lui être extérieur ou même opposé. Le thérapeute rejetterait les menottes du sein de sa consultation comme on repousserait un miroir déplaisant. Cette conception peut certes s'avérer surprenante, mais on ne peut exclure qu'elle puisse être un aboutissement tangible de la pensée de Michel Foucault, étant donné l'insistance avec laquelle il reprochait à la médecine moderne de participer à un effort de normalisation des individus et de la société³⁷. Mais il y aurait donc dans ce phénomène de refus une prise de conscience salutaire quant aux risques réels, pour les médecins exerçant en prison, de franchir les limites parfois discrètes séparant pratique indépendante et pratique complice, risques contre lesquels Paul Ricœur met en garde dans sa préface à *Médecins tortionnaires, Médecins résistants*³⁸.

Et cependant encore, à mieux regarder les mutations corrélées des peines et des soins en prison, l'obligation du port de menottes tel qu'elle se pratique en ce cas peut en réalité apparaître comme une dissonance dans l'équilibre s'étant établi, comme on l'a vu, sur l'abaissement de la violence punitive directe et sur l'accroissement de l'emprise indirecte à visée correctrice. Car l'utilisation des menottes peut finalement être perçue comme une pratique hybride versant en même temps dans plusieurs gammes de peines spécifiques : de manière concomitante avec ces dehors de neutralité non intrusive que nous venons de voir, l'abus des menottes peut être aussi appréhendé comme l'instrument d'un retour vers l'ancien système punitif qui s'attaque trop directement au corps pour l'humilier.

³⁵ Rapport de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France, créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat le 10 février 2000, p. 93.

³⁶ Loi n° 88-1243 du 30 décembre 1988 autorisant l'approbation d'une convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants : « Article 1 : Est autorisée l'approbation de la convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, faite à Strasbourg le 26 novembre 1987 et dont le texte est annexé à la présente loi ».

³⁷ Confer par exemple FOUCAULT Michel, « Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine », dans *Dits et écrits*, Tome II, 1976-1988. Paris : Éditions Gallimard, 2001, p. 50-51 : « Aujourd'hui, la médecine est dotée d'un pouvoir autoritaire aux fonctions normalisatrices qui vont bien au-delà de l'existence des maladies et de la demande du malade. [...] on peut affirmer que les médecins du XXe siècle sont en train d'inventer une société de la norme et non de la loi. [...] la médecine de ces dernières décennies [...] commence à ne plus avoir de domaine qui lui soit extérieur. [...] Dans la situation actuelle, ce qui est diabolique, c'est que lorsque nous voulons avoir recours à un domaine que l'on croit extérieur à la médecine, nous nous apercevons qu'il a été médicalisé ».

³⁸ RICOEUR, Paul. « Préface à *Médecins tortionnaires, Médecins résistants*, 1990 », *Lectures 1 : autour du politique*. Paris : Éditions du Seuil, 1991, p. 401.

Au-delà peut-être du fait que cette pratique agisse ici sur lui à la manière d'une amputation, bien-sûr momentanée, provisoire, mais coupant effectivement le corps d'une fraction de ses gestes naturels, la mise sous entraves est officiellement perçue comme une peine infamante : c'est bien ce qui est reconnu, comme il a été vu durant la première partie de cette étude, par le Comité Consultatif National d'Éthique (avis du 26/10/06), par l'arrêt de la CEDH du 26 mai 2011, ou encore en plus de cela par les textes de loi eux-mêmes, comme avec l'article 803 du CPP³⁹ :

Nul ne peut être soumis au port des menottes ou des entraves que s'il est considéré soit comme dangereux pour autrui ou pour lui-même, soit comme susceptible de tenter de prendre la fuite. Dans ces deux hypothèses, toutes mesures utiles doivent être prises, dans les conditions compatibles avec les exigences de sécurité, pour éviter qu'une personne menottée ou entravée soit photographiée ou fasse l'objet d'un enregistrement audiovisuel.

Il y a dans la seconde partie de cet article la reconnaissance de la symbolique humiliante du port de menottes, chose que ressent nécessairement en partie le médecin, qu'il peut recevoir comme une perturbation dans son rapport thérapeutique avec le patient. Offrir aux regards non strictement pénitentiaires un prisonnier menotté, ce serait accomplir alors un revirement vers les punitions dégradantes pour l'image du détenu, le marquant d'un sceau. Cette mesure serait particulièrement humiliante lors d'une parenthèse médicale en ce qu'elle imposerait aux yeux du détenu et du médecin un symbole de culpabilité s'infiltrant au cœur même des moments primordiaux de soin du corps, de préservation des équilibres vitaux, et de mise à nu de l'âme (le médecin pouvant bien-sûr être un psychiatre dans le cas des SMPR).

En outre, pourrait-on aller jusqu'à dire que l'imposition des menottes pourrait rendre dangereux ? Les travaux de Michel Foucault pourraient encourager cette interprétation : le pouvoir, comme cela est connu, est perçu chez ce penseur comme un ruissellement diffus dans toutes les strates sociales, et non comme une force détenue par une instance surplombante. Ce pouvoir circule au travers des actes du professeur, du marchand, du secrétaire, et bien-sûr, parmi le nombre insondable des statuts sociaux, du médecin, ainsi que de tous leurs vis-à-vis : le pouvoir s'y manifeste comme une force de définition des sujets, en donnant un sens à la présence de chacun, en leur imposant un rôle, en les conditionnant tous également à se croire être ce que tel micro-rapport de pouvoir leur assigne⁴⁰. Ce cas de menottage, lu comme un problème de circulation du pouvoir, aurait pour conséquence de redéfinir et de restreindre la nature du détenu à la dénomination implicite de « source de danger imminent ».

Si danger il y avait avant la mise sous entrave, ce danger serait en quelques sortes entériné en ce que le port de menottes renforcerait la croyance, déjà suggérée au détenu par la prison elle-même, et surtout par la dénomination très parlante de l'« UDV », qu'il est par nature un être instable, sauvage et menaçant. C'est ainsi que le cas vu plus haut de l'agression d'un psychiatre le 15 janvier 2020, au centre pénitentiaire des Baumettes à Marseille, pourrait être relu : il serait possible d'avancer l'idée que le détenu avait été conditionné à l'attaque de son médecin par l'imposition préalable des menottes, et que la libération des entraves avait peut-être sonné, en ces conditions d'assujettissement, comme le signal de départ d'une manifestation brutale des rôles sous-entendus par les circonstances.

D. LE PORT DE MENOTTES EN UDV COMME SIGNE D'UNE NOUVELLE POLITIQUE PENALE CENTREE SUR LA RETENTION ?

Après avoir observé les versants punitif-disciplinaire et punitif-infamant de la mise sous entrave, il convient maintenant d'envisager une troisième perspective sur ce moyen de coercition pour déterminer la nature de son rapport à la pratique médicale et à la gestion du danger.

Cette troisième modalité punitive vise, non pas à corriger ni à humilier après qu'un méfait ait été commis, mais à exclure le danger, avant qu'il ne se concrétise en actes néfastes, par des techniques de retranchement, par des sortes de mesures de prophylaxie. La pression exercée sur les individus concernés n'est plus en ce cas celle d'un redressement ou d'un supplice, mais celle d'un ostracisme paradoxal où ceux-ci sont arrachés du corps social tout en étant greffés sur un organisme secondaire pour une durée plus ou moins longue, sans autre but à cette manœuvre que le confinement temporaire et préventif d'un mal contre lequel il ne sera rien fait.

³⁹ Cet article est modifié par la loi n°2000-516 du 15 juin 2000 - art. 93.

⁴⁰ FOUCAULT Michel. « Cours du 14 janvier 1976 », dans *Dits et écrits*, Tome II, 1976-1988. Paris : Éditions Gallimard, 2001, p. 180 : « il ne faut, je crois, concevoir l'individu comme une sorte de noyau élémentaire, atome primitif [contre lequel] viendrait frapper le pouvoir, qui soumettrait les individus et les briserait. [...] L'individu n'est pas le vis-à-vis du pouvoir, il en est, je crois, l'un des effets premiers. [...] le pouvoir transite par l'individu qu'il a constitué ».

S'il s'avérait que les mesures liées aux UDV s'inscrivaient dans une telle approche de la justice, il se pourrait alors que l'évolution actuelle du système punitif face au danger ne soit pas en train d'approfondir son mouvement de transformation en centre de rééducation, non plus qu'elle subisse une passade de retour en arrière vers les méthodes de l'Ancien régime : il serait plutôt question ici d'une nouvelle phase judiciaire consistant à enfouir, à engager les sources de dangers avant qu'elles ne passent à l'acte.

C'est ici que se pose avec le plus d'intensité le problème du sens de la dangerosité : s'agit-il face au danger de punir à l'avance un individu (ou de le protéger?) en raison des exactions qu'il est supposé commettre plus tard ? Quel rôle le médecin est-il censé jouer dans un dispositif de prévention du danger en institution pénitentiaire ?

E. LE SENS CONTEMPORAIN DE LA NOTION DE DANGEROUSITÉ.

La mise en place des UDV semble se justifier en grande partie au travers des implications de l'idée de dangerosité. Que recouvre exactement ce terme à l'époque qui est la nôtre ?

La notion de dangerosité contraste en principe avec celle de culpabilité : tandis que l'appréhension d'une personne considérée comme coupable se fonde sur un passé délimité, circonscrit autour des actes répréhensibles caractérisés par le constat, la preuve et l'expertise, il faut noter que la prise en compte d'un individu perçu comme dangereux fait appel à un passé non délimité, ouvert vers l'avenir, débordant le cadre des faits accomplis et s'étalant dans une temporalité virtuelle qui est jaugée par l'entremise du diagnostic, de la probabilité et du pressentiment :

Aujourd'hui [...] sont en cause deux conceptions de la prison, la prison comme sanction-insertion-prévention [celle que nous avons pu appeler « punitive-disciplinaire » au cours de cette saisine, visant l'amendement des détenus, ndr] et la prison comme cage des dangereux, qui induisent une organisation pénitentiaire sensiblement différente. Ainsi, dans la première, l'activité des personnes détenues et leur sociabilité sont importantes ; dans la seconde, le diagnostic et d'éventuels soins, d'une part, et la diversité des régimes de détention, d'autre part, sont primordiaux. La politique pénale et, partant, la politique pénitentiaire oscillent désormais entre ces deux orientations.⁴¹

Cette approche pénale est dans une certaine mesure nouvelle, donnant l'impression de surgir dans le droit français vers la fin du XX^e siècle⁴², et dans une autre mesure fort ancienne, prenant source dans de multiples courants politiques et philosophiques à travers l'histoire et réapparaissant périodiquement, mouvement cyclique dont il ne nous appartient pas de faire ici l'archéologie⁴³ (Platon a néanmoins été présenté ci-dessus comme l'un des premiers défenseurs de cette tendance).

Il ressort de cette résurgence de la perspective pénale prédictive-éliminative la création de nouveaux types de quartiers pénitentiaires, comme celui de l'UDV (ou ceux à destination des détenus aux croyances religieuses dites « radicales »), adaptés aux différents risques potentiels. Un renforcement du rôle des médecins dans le milieu pénitentiaire, plus particulièrement celui des psychiatres et des psychologues, censés pouvoir aider la criminologie dans son appréciation des risques liés à tel individu, est une autre conséquence de cette priorisation de la logique de pénalité visant à la prévention et au retranchement *anté-délictum* :

À l'évaluation de la dangerosité fondée sur l'expertise médico-psychologique et psychiatrique, dominante en Europe continentale, fait face une dangerosité qualifiée de criminologique établie à partir de tables de prédiction dont sont spécialistes les États-Unis ou le Canada. Le modèle clinique tend à céder le pas au modèle probabiliste⁴⁴.

L'installation toujours plus évidente de la médecine en contexte carcéral est donc rendue plus claire par l'étude de ces évolutions de la doctrine judiciaire. Cela intéresse le cas de notre saisine en ce qu'il ne se montre finalement pas comme le fruit d'un hasard législatif, mais comme le résultat d'un processus long essayant de faire entrer les médecins, en tant que rouages, dans un système d'engrenages pénaux ayant leurs fins propres, où l'accroissement de la présence médicale

⁴¹ DELARUE Jean-Marie. « Les prisons et l'illusion sécuritaire », revue *Études*, 2017/5 (Mai), p. 34.

⁴² L'article 720-4 du CPP (loi du 1er février 1994) est fondé sur la notion, auparavant absente des textes du droit moderne, de « dangerosité » des condamnés.

⁴³ DELAGE Pierre-Jérôme, « Prolégomènes. Fragments archéologiques de la défense sociale », dans *La dangerosité saisie par le droit pénal*, Geneviève Giudicelli-Delage (dir.), Presses Universitaires de France, 2011, p. 23-46.

⁴⁴ LAZERGES Christine, « Introduction », dans *La dangerosité saisie par le droit pénal*, Geneviève Giudicelli-Delage (dir.), Presses Universitaires de France, 2011, p. 20-21.

en prison peut aller de pair avec l'intensification des mesures de sûreté, où la possibilité de fréquentes consultations médicales pour les détenus peut logiquement coïncider avec un port de menottes de plus en plus constant.

Le port d'entrave durant les consultations pourrait de ce fait aller de soi pour un médecin qui intérioriserait les fluctuations des normes juridiques et se conformerait naturellement à elles. Mais il est probablement nécessaire, la médecine ayant en principe des fins indépendantes de celles de la justice, que des médecins ne puissent se résoudre à suivre toutes les évolutions quand celles-ci posent les problèmes qui ont été relevés. Outre les conflits éthiques précédemment observés, et aux vues des changements actuels dans le droit, on pourrait encore par exemple signaler que les entraves amoindrissent la portée resocialisante de la relation thérapeutique (voulue par la logique pénale de réinsertion) à laquelle un médecin peut être attaché avec raison, pour la limiter à un strict contrôle des fonctions vitales, tâche élémentaire dont se suffit la logique pénale de retranchement du corps social.

En définitive, après avoir considéré ces multiples cas de figure où la médecine peut sembler prêter le flanc à une instrumentalisation de ses qualités par les logiques carcérales, il va sans dire que cette médecine, considérée comme occasion de circulation de pouvoir, n'est pas vouée à l'acceptation muette, mais que les praticiens des UCSA peuvent au contraire rediriger ces flux de pouvoir qui les traversent vers des fins plus satisfaisantes, attitude faisant parmi d'autres l'objet de notre dernière partie.

TROISIEME PARTIE. LE PORT DE MENOTTES EN PRATIQUE : EST-CE UNE CONTRAINTE OU CELA OBLIGE-T-IL LE MEDECIN ENVERS LE DETENU ? DIFFERENTS POINTS DE VUE SUR LES ATTITUDES A ADOPTER FACE A CE CONFLIT ETHIQUE.

1. REFLEXIONS SUR LES DEVOIRS IMPLIQUES PAR LES MENOTTES POUR LE MEDECIN.

A. LES MENOTTES SEMBLENT EMPECHER LES MEDECINS D'EXERCER CONVENABLEMENT LEUR METIER.

L'un des premiers aboutissements de cette saisine, compte tenu de la nature du conflit éthique précédemment explicité et des problèmes découlant des doctrines pénales de la dangerosité, est immanquablement que les menottes empêchent le médecin d'exercer son métier de manière satisfaisante, empêchement qui pourrait à raison s'étendre vers une impossibilité de principe menant à un refus de se plier à cette mesure.

Du fait qu'elle relève d'une atteinte avérée à la dignité en plus d'être une entrave à la pratique de soins de qualité, ainsi que les premières parties de cet avis consultatif l'ont rappelé, l'obligation du port de menottes durant les consultations expose toujours l'institution pénitentiaire à subir les déboires de poursuites devant la Cour européenne des droits de l'homme et, la jurisprudence ayant déjà établi l'atteinte au droit que constitue une telle pratique, à se faire systématiquement condamner.

En cela, l'arrêt de la CEDH sur l'affaire Duval C., rendu le 26 mai 2011, est très clair. Les examens médicaux subis par le requérant, effectués sous entraves (ainsi qu'en présence de gardiens), ne sont pas acceptables :

51. [...] Le Comité a ajouté que l'examen des détenus soumis à des moyens de contrainte était une pratique hautement contestable tant du point de l'éthique que du point de vue clinique [...]. Ces constats et recommandations ont été au demeurant repris depuis lors par la Commission nationale consultative des droits de l'homme et par le Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe [...].

52. [...] Pareilles contraintes et surveillances ont pu causer au requérant un sentiment d'arbitraire, d'infériorité et d'angoisse caractérisant un degré d'humiliation dépassant celui que comporte inévitablement les examens médicaux des détenus »⁴⁵.

Ces infractions, absolument semblables à la situation mise en place en UDV, ont porté l'État français à être condamné :

⁴⁵ CEDH, Cour (Cinquième Section), 26 mai 2011, n° 19868/08. Lire en ligne : <https://www.doctrine.fr/d/CEDH/HFJUD/CHAMBER/2011/CEDH001-104896>

PAR CES MOTIFS, LA COUR, À L'UNANIMITÉ,

1. Déclare la requête recevable quant aux griefs tirés des articles 3⁴⁶ et 8⁴⁷ de la Convention ;
2. Dit qu'il y a eu violation de l'article 3 de la Convention à raison du traitement dégradant subi par le requérant ;
3. Dit qu'il n'y a pas lieu d'examiner séparément le grief tiré de l'article 8 de la Convention ;
4. Dit
 - a) que l'Etat défendeur doit verser au requérant, dans les trois mois à compter du jour où l'arrêt sera devenu définitif conformément à l'article 44 § 2 de la Convention 6 000 EUR (six mille euros) pour dommage moral et 5 980 EUR (cinq mille neuf cent quatre-vingts euros) pour frais et dépens, plus tout montant pouvant être dû à titre d'impôt par le requérant [...]⁴⁸.

De fait, puisqu'une consultation réalisée pendant que le patient est menotté et alors que la dangerosité n'est pas démontrée comme étant exceptionnellement élevée, tombe sous le coup de la loi, le médecin ayant accepté d'exercer dans ces circonstances court le risque de se retrouver au cœur d'un scandale dont l'administration pénitentiaire serait responsable.

B. POURTANT, EN UN CERTAIN SENS, LES MENOTTES OBLIGENT LE MEDECIN A EXERCER.

Cependant, une autre réalité du problème doit être prise en compte pour juger des devoirs et des limites que les menottes peuvent imposer au médecin. Pourrait-on par exemple considérer que tous les praticiens ayant examiné M. Duval auraient dû se sentir empêchés par l'indignité des circonstances au point de ne pas lui prodiguer les soins qu'il avait demandés ? Cela n'aurait-il pas placé cet individu dans une situation plus dégradante encore, retardant la mise en œuvre des traitements nécessaires ?

Gardant à l'esprit qu'un refus de participer à des pratiques immorales, venant d'un médecin, n'est pas un abandon du patient mais un moyen d'exiger des conditions plus satisfaisantes, on peut se demander tout de même si la présence d'entraves n'obligerait pas, paradoxalement, le thérapeute à prodiguer ses soins.

Deux raisons au moins pourraient nourrir cette idée. La première reviendrait à dire que les menottes augmentent la vulnérabilité du patient : un individu malade, se présentant (ou présenté) au médecin menotté, parfois pieds et poings liés (les entraves pouvant même aller jusqu'à ceindre le cou, les jambes, le tronc, en d'autres pays, époques, ou circonstances), est sans conteste un être subissant le poids d'une symbolique délétère, cause de souffrances aussi bien psychologiques que physiques. Les entraves régulièrement portées blessent le corps et l'esprit. Elles créent un handicap en surplus des problèmes de santé, situation face à laquelle le médecin peut ressentir le devoir d'apporter un soulagement immédiat en exerçant son métier.

Une deuxième raison serait que ces entraves puissent être considérées, lorsqu'elle sont maintenues malgré tout jusqu'au sein de la consultation, comme la partie émergée du système de violence précédemment décrit (que cette violence soit directe ou indirecte), un système qui se manifeste à couvert derrière les portes closes des cellules surpeuplées, dans le silence de l'arbitraire disciplinaire, contre l'intégrité de l'homme. Les menottes imposées durant

⁴⁶ L'article 3 de la Convention européenne des droit de l'homme stipule que « Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants. », *Convention européenne de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales de 1950*, telle qu'amendée par le Protocole n° 14 entrée en vigueur le 1er juin 2010, adoptée par le Conseil de l'Europe et en vigueur en France.

⁴⁷ L'article 8, impliqué dans le cas Duval par la présence de gardiens lors de consultations, concerne le droit au respect de la vie privée et familiale, et stipule que :

- a) Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance.
- b) Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui. », *Convention européenne de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales de 1950*, telle qu'amendée par le Protocole n° 14 entrée en vigueur le 1er juin 2010, adoptée par le Conseil de l'Europe et en vigueur en France.

⁴⁸ CEDH, Cour (Cinquième Section), 26 mai 2011, n° 19868/08. Lire en ligne : <https://www.doctrine.fr/d/CEDH/HjFJUD/CHAMBER/2011/CEDH001-104896>

les examens, se forçant une entrée dans le cercle médical, en tant que phénomène visible d'une montée plus profonde de l'indifférentisme judiciaire, peuvent alerter le médecin par leur manière de s'exposer à son regard.

Elles ne seraient plus alors seulement le symbole d'une soumission momentanée de l'individu, mais elles condenseraient en leur image la place omniprésente des techniques coercitives, certes peut-être justifiées en certains cas et même parfois plus douces que par le passé, mais pesant néanmoins de tout leur poids sur une vie pour la réduire. Alors, de même que le médecin est poussé par un élan vers l'accidenté dont les blessures laissent présager les plus grands troubles internes, de même il peut se sentir le devoir de porter secours au prisonnier dont les entraves donnent à entendre les meurtrissures sévères que lui inflige la condition d'écroué, déduisant que l'urgence nécessite des soins sans report.

La demande de soin tacite inhérente au mal-être dont parle Levinas, cet appel à l'aide lancé vers autrui par toute souffrance⁴⁹, voit son intensité accrue par le port de menottes. Chaque homme peut se sentir engagé par cet appel mais, par excellence, « le médecin est celui qui entend ces plaintes. [...] Cette attente médicale de l'autre constitue une des racines très profondes de la relation inter-humaine »⁵⁰.

Comment dès lors faire respecter les droits du patient si l'un des leviers majeurs de résistance, la non-participation, est ôté au médecin par l'urgence d'un secours provoquée par la situation délictueuse elle-même ?

C. FAIRE DU PRISONNIER UNE FIN EN SOI.

Le comportement le plus juste à adopter dans de pareilles circonstances devrait veiller à respecter chacun des trois pôles de la relation triangulaire créée par la rencontre des cercles judiciaire, médical et personnel.

L'administration pénitentiaire ne doit pas être lésée par principe car celle-ci est comptable des dysfonctionnements de sécurité occasionnant parfois de graves incidents et aussi parce que l'institution est représentée sur le terrain par des surveillants dont les conditions de travail sont éprouvantes.

L'UCSA doit faire l'objet d'une attention toute particulière dans la mesure où sa position est par nature inconfortable du fait de son inclusion dans un milieu lui étant en de nombreux points hétérogène : une attention scrupuleuse devrait être maintenue en direction du respect de ses principes éthiques.

Le détenu, personne vulnérable, cible de brimades d'autant plus facile que la prison tend à l'essentialiser, malgré des progrès dans les conditions d'emprisonnement, en tant qu'être dégradé méritant un sort difficile, est sans doute le pôle de cette relation devant être le centre d'une vigilance toute particulière en ce qui concerne la garantie des droits fondamentaux.

La recherche d'un équilibre satisfaisant peut trouver appui dans l'effort de réflexion sur la finalité des actes proposé par Kant. Ses réflexions sur la validité morale des décisions humaines restent un point de repère incontournable pour examiner la valeur d'une orientation éthique en cas de conflit. Pour rappel, une des conditions d'un jugement moral juste est l'adoption d'un repère non relatif dans l'ordre des valeurs : « supposé qu'il y ait quelque chose dont l'existence en soi-même ait une valeur absolue, quelque chose qui, comme fin en soi, pourrait être un principe de lois déterminées, c'est alors en cela et en cela seulement que se trouverait le principe d'un impératif catégorique possible, c'est à dire une loi pratique »⁵¹.

C'est dire ici que la juste pratique ne peut avoir lieu au travers des logiques utilitaires, exploiteuses et réifiantes : quel que soit l'enjeu de la décision, il ne peut être conçu comme simple moyen de parvenir à un objectif aussi louable qu'il paraisse. Or Kant identifie le repère privilégié, ayant valeur absolue et ne devant jamais être tenu pour un simple moyen : « l'homme, et en général tout être raisonnable, existe comme fin en soi, et non pas simplement comme moyen dont telle ou telle volonté puisse user à son gré »⁵².

⁴⁹ LEVINAS Emmanuel. « La souffrance inutile », dans *Emmanuel Levinas, Cahiers de la nuit surveillée*, Verdier, 1984, p. 331.

⁵⁰ LEVINAS Emmanuel. « L'éthique est transcendance : entretiens avec le philosophe Emmanuel Levinas », avril 1986, dans Emmanuel Hirsch, *Médecine et Éthique. Le devoir d'humanité*, Paris, Cerf, 1990, P. 42-43.

⁵¹ KANT Emmanuel, *Fondement de la métaphysique des mœurs*, traduit par Victor Delbos, Paris : Librairie Générale Française, collection Les classiques de la philosophie, 2012, p. 104.

⁵² *Ibid.*

Donc, si la mesure du port de menottes est souhaitée par l'administration pénitentiaire pour son utilité préventive, on peut regretter cet usage chaque fois que le prisonnier et le médecin ne sont pas traités comme des fins en soi, c'est-à-dire des fins en tant que centre de gravité de la sanction ou comme garant de la dignité des patients : qu'est-ce à dire ?

En somme, il s'agit de ne pas prendre les prisonniers pour des variables de l'ordre carcéral, ni comme des facteurs d'aléas à maîtriser, non plus comme les scories d'une matière sociale à traiter. Il s'agit de ne pas se servir du médecin comme d'un outil d'ingénierie judiciaire, comme d'une caution apportée à une entreprise de déshumanisation, ou comme d'un relais discret du pouvoir carcéral.

Chacun mérite au contraire absolument d'être tenu pour fin de l'action judiciaire, considéré comme être raisonnable, sujet de dignité : le prisonnier, conformément à cela, ne pourrait donc jamais à juste titre, sauf en cas de force majeure (les extractions par exemple), être menotté sans que cette procédure ait été chaque fois pesée et réfléchie en fonction de sa spécificité : c'est ainsi que la dignité du prisonnier serait visée en même temps que la sécurité d'autrui. De même, rechercher simultanément la dignité du médecin demande à empêcher que le cercle médical ne soit parasité aussi intimement par un vecteur coercitif, hormis encore une fois lorsqu'il est strictement impossible de s'en passer, nécessité qu'il revient au thérapeute d'évaluer en concertation avec les acteurs pénitentiaires.

Le devoir semble alors s'imposer de décider au cas par cas si tel ou tel détenu peut bénéficier ou non d'une consultation sans entraves. L'assignation dans une UDV peut certes déjà passer pour une appréciation individualisée de la dangerosité des quelques détenus concernés, mais en réalité l'évaluation n'est pas encore assez précise et, du reste, les médecins ne prennent pas part à ces affectations par d'autres biais qu'à travers la voix d'un représentant lors de la commission décrite au début de cet avis, ce qui est assez peu.

2. ESQUISSES DE CONCILIATIONS.

A. LA SINGULARISATION DES MESURES ET L'OUVERTURE DU DIALOGUE.

En suivant Ricœur et son principe de sagesse pratique, il serait envisageable de tirer parti de l'article R. 57-7-84-3 au moins (voir en note de bas de page pour un rappel de son contenu⁵³) pour réclamer une adaptation de cette mesure aux singularités de chaque détenu de l'UDV, en faisant valoir par exemple le bon comportement éventuel des uns ou des autres lors de la première consultation.

Les praticiens concernés de l'UCSA pourraient émettre un avis au terme de ce premier contact (ou du second) exprimant leur décision de voir un détenu de l'UDV libéré de ses entraves durant les soins, ou au contraire reconnaissant la nécessité de les maintenir dans le cas où les médecins se sentiraient effectivement menacés. L'administration serait à son tour en droit d'exprimer des réserves, une concertation s'engagerait et les responsabilités seraient partagées.

Il s'agirait, pour mettre en place cela, de dialoguer avec l'administration pénitentiaire et de rappeler que l'État a déjà été condamné en raison de consultations médicales effectuées malgré le port d'entraves, comme il a été vu. Mettre en lumière le risque de provoquer un scandale, ou tout du moins d'entacher l'image d'un dispositif encore nouveau et censé faire ses preuves, serait peut-être un moyen d'inciter la hiérarchie à adapter ses mesures d'entrave à chaque détenu.

Il pourrait également être profitable d'organiser des groupes de parole entre les acteurs médicaux et éventuellement carcéraux afin d'échanger sur les modifications dans les représentations, dans les images de soi en tant que praticien, que ces mesures induisent.

⁵³ Article R. 57-7-84-3 du CPP : Les personnes détenues placées en unité pour détenus violents font l'objet de **mesures de sécurité individualisées**, qui sont régulièrement réévaluées. Elles font l'objet d'évaluations régulières par une équipe pluridisciplinaire, pendant toute la durée du placement, et bénéficient d'un **programme de prise en charge adapté à leur personnalité** et à leur comportement, susceptible d'évoluer au cours du placement.

B. TROIS TENDANCES DE POSITIONNEMENT FACE A L'ENTRAVE DES PATIENTS.

Il serait finalement possible de synthétiser les différentes réactions envisageables en trois attitudes ayant chacune leurs retombées :

1) Exercer le droit de retrait, ne pas soigner les patients menottés, tout en engageant un rapport de force avec l'administration pénitentiaire, en alertant éventuellement l'opinion.

Il s'agit d'une position de résistance radicale compréhensible, tout à fait justifiée dans les cas les plus extrêmes d'indignité, pouvant permettre des prises de conscience dans une large part de la société, mais dont les conséquences peuvent être fortement dommageables en divers sens.

Soit, en ce cas, la hiérarchie suspend puis retire l'habilitation du médecin, décision de laquelle résulterait une précarisation du praticien en question, une possible désorganisation de l'UCSA avec des répercussions sur les soins dispensés à l'ensemble des détenus. Potentiellement, le renvoi du membre réfractaire par l'institution permettrait de faire perdurer le port de menottes systématique durant les soins, si ceux-ci devaient être prodigués par un praticien moins regardant. Le problème éthique pourrait persister, sauf déclenchement de remous médiatiques propres à susciter des recadrages de grande envergure.

Soit la hiérarchie ne suspend pas l'habilitation du médecin, et en ce cas, si le dialogue peut faire aboutir à terme la demande d'adaptation de la procédure de port d'entraves, les patients menottés pourraient néanmoins, en attendant, être plus ou moins durablement en situation de carence de soins.

2) Ordonner le retrait systématique des menottes durant les consultations (si tant est que cela soit accepté par les surveillants et la hiérarchie).

D'une part, il est possible que rien de grave ne survienne en cette situation, et alors, les malades seraient soignés dans le respect des principes éthiques. Pourtant, la prise en compte des risques serait éludée. D'autre part, si un incident devait se produire, sa gravité serait peut-être amplifiée par l'absence d'entraves et l'administration pénitentiaire serait justifiée dans ses mises en œuvre sécuritaires.

3) Continuer à soigner le patient menotté.

Le médecin pourrait alors se conformer simplement à la situation, mais alors, si les soins sont bien administrés au détenu en préservant la sécurité du médecin, le problème demeure inchangé : la dignité des détenus est malmenée et le praticien exerce en ayant la sensation d'être en faute, ce qui équivaldrait à une renonciation éthique probablement dommageable.

Autrement, et c'est l'attitude qui semble apparaître comme la plus équilibrée, le praticien pourrait continuer à soigner les détenus menottés de l'UDV tout en accomplissant des démarches auprès de l'administration visant à faire appliquer la loi, tout en alertant l'opinion si besoin. En ce cas, soin et sécurité seraient garantis et le problème, tel qu'il aura été présenté à notre saisine, serait susceptible de se dissiper.

Une gêne peut s'installer face à la question du conflit opposant décence et sécurité lors des consultations médicales en UDV : pourquoi hésiter devant l'exigence de contention de la violence ? Pourquoi ratiociner devant le risque d'incidents dramatiques ? Pourquoi s'opposer à un élan législatif se proposant de parer à une vraisemblable augmentation de la dangerosité des détenus ? Cette gêne est instinctive, elle prime comme un réflexe de conservation, mais il peut s'agir aussi d'une tendance à vouloir évacuer les questions douloureuses. En réalité, l'attention accordée aux circonstances particulières de la pratique médicale en butte aux mesures d'entrave des prisonniers, au sein des UDV, révèle la forte densité et l'intrication complexe de ce problème éthique.

Mettre le doigt sur cette question revient à faire vibrer toute la toile enchevêtrée de la déontologie médicale et du droit pénal tiraillant le thérapeute en exercice et influant sur les soins reçus par les prisonniers : pouvoir de la hiérarchie pénitentiaire à retirer l'habilitation des praticiens des UCSA ; ambiguïté du statut des médecins entre thérapie et expertise ; inclusions et intrusions mutuelles des sphères médicales et carcérales l'une dans l'autre ; contradictions législatives entre les diverses sources du droit français et européen, ainsi qu'avec les règlements des prisons ; fragilité des rapports de confiance devant rapprocher prisonnier, médecin et institution carcérale ; mutations profondes et sinueuses des idéologies pénales, autant de paramètres essentiels devant être pris en compte pour agir. Il en ressort tout le bien fondé d'une sagesse pratique au clair tant en ce qui concerne ses aspirations éthiques que ses filtres moraux.

Ce que ne doit cesser de viser l'éthique en ce cas, c'est la dignité humaine. Ce que les normes morales doivent proscrire, ce sont les mesures arbitraires bafouant ce principe, ce sont les comportements complaisants à leur égard. Les risques liés à la dangerosité des détenus violents ne doivent pas non plus être ignorés, mais il convient de rester attentif quant aux intentions sous-jacentes aux discours politiques : étant donné les velléités naturelles d'utilisation de la médecine par les techniques judiciaires, les unités médicales se protégeraient en veillant à ne pas faire corps avec les dispositifs pénaux comme elles pourraient y être tentées.

Compte tenu du fait que, d'une part, les situations délicates où des vies, des équilibres précaires, des traitements médicaux sont en jeu, demandent une action ferme quoique prudente et soucieuse de ne pas multiplier les dommages collatéraux, mais que, d'autre part, les résistances catégoriques et houleuses sont parfois nécessaires malgré les incidences qu'elles peuvent entraîner, il faut réaffirmer le devoir de libre examen du médecin et le bien-fondé de la concertation entre pairs pour éclairer le jugement et l'action.

S'il est vrai qu'aucune attitude ne peut correspondre parfaitement à un idéal de pureté éthique dans un cas comme celui qui a été l'objet de notre saisine, il n'en demeure pas moins qu'un choix raisonné, ressenti et porté à la lumière des principes bien connus des médecins, tels que nous avons tenté de les représenter ici au mieux, ne peut tomber que difficilement en dehors de l'éthique, ainsi que Paul Ricoeur le soulignait.

Surtout, il est de la responsabilité de chaque médecin de ne pas laisser le souci de la dignité disparaître discrètement sous les coups d'atteintes diffuses, de façon presque insensible. C'est pourquoi le positionnement consistant à demander des aménagements de ce port de menottes tout en continuant à soigner les détenus apparaît comme important. Sans cela au moins, la tendance à minorer l'humanité des détenus et même, à travers eux, la figure du patient, peut mener sans s'en apercevoir vers des situations extrêmes dont l'histoire et l'actualité donnent des exemples nombreux. Face à cela, la réaffirmation claire et la mise en œuvre des principes éthiques sont fondamentales.