

## Grève de la faim des personnes placées en lieu de privation de liberté :

### Préconisations déontologiques

#### **Enjeu :**

La question qui se pose est de savoir comment les médecins qui travaillent dans les Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire (UMSP) peuvent faire face à des situations de grève de la faim de détenus et d'en circonscrire leur marge d'intervention.

Ces médecins sont confrontés à un dilemme éthique, à savoir, celui du respect de la décision de la personne gréviste, principe d'autonomie de décision, versus la nécessité d'assurer des soins<sup>1</sup>.

L'intérêt de cette question a conduit l'Ordre à travailler sur cette problématique à plusieurs reprises. Sa réflexion se finalise aujourd'hui en collaboration avec le Dr AHOUANTO-CHASPOUL<sup>2</sup>. L'objectif est d'apporter des repères déontologiques concrets aux médecins.

#### **Définitions :**

Par lieu de « *privation de liberté* » on entendra milieu pénitentiaire et lieu de rétention administrative.

La grève de la faim est une démarche volontaire d'une personne qui, au soutien d'une revendication individuelle ou collective, refuse de s'alimenter fût-ce au prix de sa vie ou de sa santé. Les personnes qui entament une grève de la faim le font pour des raisons personnelles ou diverses, liées à la procédure judiciaire ou administrative.

Le refus de s'alimenter expose, dans un délai de l'ordre de deux mois, la vie de la personne, il met en jeu plus précocement des fonctions essentielles de manière irréversible, telle la fonction rénale. Il est rarement associé à une grève de la soif. Cette dernière a une issue beaucoup plus rapidement fatale.

#### **Fréquence :**

On estime le nombre de grèves de la faim « soutenues » **entre 700 et 1000 par an**. La grève de la faim étant comptabilisée à partir du 7<sup>e</sup> jour et, à partir de 48h, lorsqu'elle est accompagnée d'une grève de la soif (*cf. annexe*).

En 2006, dans le rapport du CCNE sur la santé en prison, étaient dénombrées 1500 grèves de la faim en prison par an dont moins de 10 posent un problème vital de santé<sup>3</sup>.

\*\*\*

---

<sup>1</sup> Déclaration de Malte de l'AMM sur les grévistes de la faim révisée en 2017.

<sup>2</sup> Conseillère médicale nationale pour la santé des personnes sous-main de justice Direction des Affaires Pénitentiaire.

<sup>3</sup> Source : <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis094.pdf>

### **Éléments déontologiques à retenir :**

**Le médecin** qui s'enquiert des motifs du patient privé de liberté l'amenant à entreprendre une grève de la faim ne doit, en aucune manière, prendre parti dans le conflit entre le patient détenu et l'autorité avec laquelle ce dernier est en conflit.

**Le médecin** doit informer le patient privé de liberté de ses droits découlant de l'article L.1111-4 du code de la santé publique et de l'article D.364 du code de procédure pénale.

**Le médecin** doit informer et inciter le patient privé de liberté à disposer de la faculté à rédiger des directives anticipées voire de désigner une personne de confiance.

**Le médecin** doit clairement et de manière itérative informer le patient privé de liberté des risques fonctionnels, irréversibles et vitaux, auxquels il s'expose en engageant et en poursuivant sa grève de la faim.

**Le médecin** doit informer le patient privé de liberté de la nécessité d'une surveillance médicale lors de la reprise de l'alimentation, notamment le risque de paralysie flasque.

**Le médecin** doit s'entourer de tout avis médicalement nécessaire, ce qui peut permettre de faciliter le lien avec le patient privé de liberté.

**Le médecin** doit tracer au dossier médical du patient privé de liberté tous les éléments de surveillance clinique et les avis sollicités auprès des professionnels de santé, mais également les rencontres éventuellement organisées avec l'entourage qui sont facilitées par l'administration pénitentiaire dans ces cas de grève de la faim prolongée.

**Le médecin** ne peut imposer un acte sans l'accord du patient que ce soit un traitement de réhydratation par voie parentérale, un traitement d'accompagnement, telle vitaminothérapie, ou le gavage par voie orale, considéré, de plus, comme un acte de torture (référence CEDH).

**Le médecin** doit surveiller cliniquement le patient privé de liberté aussi souvent que nécessaire, très vite quotidiennement, en respectant la volonté de la personne concernée.

**Le médecin** éliminera toute pathologie, psychiatrique ou somatique, susceptible d'interférer avec la décision d'entreprendre une grève de la faim et pourra recourir à un avis médical spécialisé.

**Le médecin** doit expliquer au patient privé de liberté la limite de la perte de poids, (soit 20% du poids initial) à partir de laquelle il devra envisager une décision d'hospitalisation. La surveillance de la perte de poids est primordiale.

**Le médecin** ne peut imposer une hospitalisation mais doit expliquer par anticipation cette nécessité au patient privé de liberté.

## **En résumé**

La connaissance des directives anticipées dites générales, au début de cette grève de la faim, permet au médecin d'être informé sur les choix de la personne quant à sa philosophie de vie.

Le médecin doit toujours informer son patient autant que possible, avoir recours à des avis, et il prend la décision *in fine*.

Le médecin agit en conscience, dans l'intérêt du patient et du respect de la volonté exprimée. Il est nécessaire pour le médecin de tracer les décisions dans le dossier médical.

En cas de conflit de devoirs, le médecin décide en conscience en s'appuyant sur les préconisations précitées. L'indépendance professionnelle doit lui permettre de garder une liberté de décision alors que des impératifs de sécurité pour l'établissement vont inévitablement interférer avec les décisions à prendre. Le médecin doit notamment penser à informer le directeur d'établissement d'une éventuelle décision d'hospitalisation.

## **Rappel des textes en vigueur et jurisprudence :**

**Article L 1111-4 du Code de la santé publique :** « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.*

*Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.*

*Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article [L. 1110-10](#).*

*Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.*

*Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article [L. 1111-6](#), ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.*

*Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale mentionnée à l'article [L. 1110-5-1](#) et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.*

*Le consentement, mentionné au quatrième alinéa du mineur, le cas échéant sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.*

*Le consentement, mentionné au quatrième alinéa, de la personne majeure faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne doit être obtenu si elle est apte à exprimer sa volonté, au besoin avec l'assistance de la personne chargée de sa protection. Lorsque cette condition n'est pas remplie, il appartient à la personne chargée de la mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne de donner son autorisation en tenant compte de l'avis exprimé par la personne protégée. Sauf urgence, en cas de désaccord entre le majeur protégé et la personne chargée de sa protection, le juge autorise l'un ou l'autre à prendre la décision.*

*Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur si le patient est un mineur, ou par la personne chargée de la mesure de protection juridique s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur protégé, le médecin délivre les soins indispensables.*

*L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.*

*Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions ».*

- **La loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale (1) modifiée**, complétée par **la loi 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité**, prévoit notamment que les personnes placées sous-main de justice doivent avoir accès à une qualité de soins équivalente à celle de la population générale. Ceci est rappelé dans le guide méthodologique du Ministère de la Justice et du Ministère des solidarités et de la Santé intitulé : *Prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice mis à jour en 2019* ;
- **Article 36 du code de déontologie médicale** (article R.4127-36 Code de la Santé Publique) : « *Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas.*

*Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.*

*Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que la personne de confiance, à défaut, la famille ou un de ses proches ait été prévenu et informé, sauf urgence ou impossibilité.*

*Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique sont définies à [l'article R. 4127-42](#) ».*

- **Article D364 du Code de Procédure Pénale :** « Si un détenu se livre à une grève de la faim prolongée, il ne peut être traité sans son consentement, sauf lorsque son état de santé s'altère gravement et seulement sur décision et sous surveillance médicales.

*Il en est rendu compte aux autorités à prévenir en cas d'incident dans les conditions visées à [l'article D. 280](#) ».*

- **Jurisprudence de la CEDH :**

*(CEDH X contre RFA, 14 mars 1980) : La CEDH conclut qu'on peut avoir recours à la force pour alimenter un détenu en grève de la faim ; à condition que l'alimentation forcée soit nécessaire et faite de manière à ne pas constituer un traitement contraire à l'article 3.*

*(CEDH X contre Allemagne 1984) : si le fait de nourrir une personne de force ayant entamé une grève de la faim en prison constituait une violation de l'article 3 de la Convention. Si la cour admet qu'une telle pratique forcée « comporte des aspects dégradants qui, dans certaines circonstances, peuvent être considérés comme interdits », elle n'en décide pas moins que « les autorités n'ont fait en l'espère qu'agir au mieux des intérêts du requérant lorsqu'elles ont choisi entre respecter la volonté de l'intéressé(...)et courir ainsi le risque de le voir subir des dommages durables ou même mourir, ou réagir en tentant d'assurer sa survie en sachant que pareille réaction pouvait porter atteinte à sa dignité humaine. »*

*(CEDH affaire Horoz contre Turquie 31 mars 2009) : La CEDH conclut au rejet de la requête de la mère du détenu, aux motifs qu'il n'y aurait pas de violation à l'article 2 de la CEDH. Le détenu avait reçu des vitamines, il refusa toute intervention, une fois qu'il a perdu connaissance il fut hospitalisé. Il décéda à l'hôpital.*

*(CEDH 26 mars 2013 Rappaz c. Suisse) : la CEDH rappelle les obligations pesant sur les états pour la protection de la vie des personnes relevant de sa juridiction, et notamment celle de protéger les personnes se trouvant dans une situation particulière de vulnérabilité, tels que les détenus, contre des agissements par lesquels ils menacent leur propre vie. Pas d'obligation de libération pour des raisons de santé. La CEDH vérifie si la personne a été privé de soins médicaux dont il aurait pu bénéficier en liberté).*

*(CEDH 5 avril 2005) NEVMERZHITSKY contre Ukraine) : L'alimentation de force d'un détenu gréviste de la faim peut être constitutive d'un mauvais traitement au sens de l'article 3 de la CEDH. Elle peut recevoir le qualificatif de « torture ». Tel est le cas lorsqu'un détenu est alimenté de force, sans justification médicale, et avec des moyens de contraintes particuliers comme, par exemple, des m juillet menottes, un écarteur buccal et un tube en caoutchouc spécial inséré dans l'œsophage.*

## ANNEXE

### **Comparaison de la fréquence des auto-agressions en prison (1992-1999)**

Année	Détenus-années	Suicides	Tentatives	Automutilations	Grèves de la faim
1992	49 552	95	523	1 751	949
1993	52 003	101	507	1 625	966
1994	55 418	101	537	1 703	1 000
1995	57 874	107	680	1 792	787
1996	56 444	138	827	1 766	884
1997	55 755	125	1 022	1 339	956
1998	55 412	118	1 006	1 362	953
1999	55 328	125	870	1 337	903
Moyenne annuelle	54 723	114	747	1584	925
Taux (pour 1 000)		2,08	13,65	28,95	16,90

Source: Bureau de l'évaluation et du contrôle de gestion, Direction de l'Administration pénitentiaire.

*Tableau tiré de Bourgoin Nicolas, « Les automutilations et les grèves de la faim en prison », Déviance et Société, 2001/2 (Vol. 25), p. 131-145. DOI : 10.3917/ds.252.0131. URL: <https://www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2001-2-page-131.htm>.*