

Grève de la faim en détention: prise en charge et enjeux éthiques

Hans Wolff, Laurent Gétaz

Unité de Médecine Pénitentiaire (UMP), Service de Médecine de Premier Recours, Département de Médecine Communautaire, de Premier Recours et des Urgences, HUG, Genève

Quintessence

- Le jeûne de protestation, ou grève de la faim, est régulièrement rencontré en milieu pénitentiaire. Le suivi doit respecter les principes de référence, notamment l'équivalence des soins, l'indépendance du médecin et le respect de l'autonomie du patient ainsi que de la confidentialité. La prise en charge médicale vise à créer un lien thérapeutique, à identifier les facteurs de risque et à éviter les complications. La capacité de discernement doit être évaluée de manière systématique et répétée.
- Un retour sur l'affaire Rappaz et l'injonction judiciaire envers un médecin en 2010 en lui ordonnant à pratiquer l'alimentation forcée chez un détenu capable de discernement met en évidence la vulnérabilité des personnes en milieu pénitentiaire et la nécessité que les professionnels de santé veillent au respect des valeurs fondamentales de leurs patients.

Introduction et épidémiologie

Le jeûne de protestation, ou grève de la faim, est régulièrement rencontré en milieu pénitentiaire. A Genève, le service médical à la prison de Champ-Dollon prend en charge en moyenne 17 cas de jeûne de protestation par année, ce qui représente 0,8% des incarcérations [1]. La grève de la faim doit être comprise comme – souvent l'ultime – acte de protestation d'une personne qui ne se sent plus en mesure d'être entendue autrement. Le gréviste met en jeu le bien le plus précieux qu'il a et sur lequel l'Etat n'a pas d'emprise: sa vie. Il n'a pas l'intention de mourir, mais veut, avant tout, que sa revendication aboutisse. Il sait qu'une issue fatale est possible si la situation se dégrade au point de devenir un conflit insoluble.

La grève de la faim peut amener à des situations dramatiques comme l'illustrent ces quelques exemples: le décès de Bobby Sands, membre de l'IRA en Irlande, en 1981 après 66 jours de jeûne, le décès de plus de 100 détenus en Turquie entre 2001 et 2003, l'instauration systématique d'alimentation forcée à Guantanamo ou l'assassinat d'un médecin impliqué dans l'alimentation forcée des détenus de l'ETA en Espagne [2].




Hans Wolff

Démarche clinique et éthique

La clé de voûte de la prise en charge est la relation thérapeutique avec le gréviste. Gagner sa confiance peut être difficile lorsque le médecin est considéré comme un agent du système responsable de la détention. Dès lors, l'équivalence des soins entre détenus et patients libres,

le respect de la confidentialité, du secret médical et de l'autonomie du jeûneur ainsi de l'indépendance professionnelle du médecin sont des principes indispensables pour la mise en œuvre des bonnes pratiques médicales. Ces principes ont été spécifiés dans des publications du Conseil de l'Europe, de l'Association Médicale Mondiale, de l'Académie Suisse des Sciences Médicales et de l'Organisation mondiale de la Santé [3–8].

Un gréviste de la faim doit être évalué dans les 24h par du personnel médical (tab. 1 ). Le médecin vérifie s'il ne s'agit pas d'une interruption d'alimentation suite à un jeûne religieux, d'une maladie somatique (par ex. trouble gastro-intestinal) ou psychiatrique. Ensuite, il/elle évalue la présence de comorbidités (en particulier diabète, grossesse, épilepsie, dépression), la capacité de discernement et des raisons de la décision du jeûneur. Il convient également de s'assurer que la grève de la faim résulte d'une décision libre du patient sans pression extérieure. De plus, le soignant s'assure que le patient gréviste a informé le partenaire-cible de son acte de protestation.

Il est important de distinguer 3 modalités du jeûne [8]:

1. Un jeûne absolu, défini par aucune absorption d'alimentation solide ni liquide, engage le pronostic vital en quelques jours.
2. Le jeûne complet (ou total) permet une hydratation par l'eau mais sans aucun substitut énergétique, électrolytique ou vitaminiq (survie jusqu'à 10 semaines).
3. Le jeûne partiel permet l'absorption de certains produits (par ex. vitamines, électrolytes, lait, sucre). Cependant, ce genre de jeûne peut aussi mener au décès s'il est suffisamment prolongé.

Durant le jeûne, le patient doit être évalué quotidiennement par un professionnel de santé. Afin d'optimiser le lien thérapeutique et d'éviter des clivages, il est préférable de limiter le nombre d'intervenants et privilégier ceux avec lesquels le patient a une relation de confiance. Le patient est informé des conséquences d'un jeûne prolongé sur son état physique et psychique. Les complications somatiques principales sont: la déshydratation (insuffisance rénale, AVC), le coma hypoglycémique, des carences vitaminiq (Gayet-Wernicke), des perturbations métaboliques (arythmies), des ulcères gastro-duodénaux, ou encore des lithiases rénales. Les mesures de protection (apport de liquide, substitution de vitamines et d'électrolytes) de même que les risques liés à la réintroduction de l'alimentation (syndrome de renutrition) doivent être discutés régulièrement. Un suivi biologique est préconisé: les paramètres évalués et la fréquence dépendent de la durée et des modalités du jeûne. Au


Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Tableau 1. Éléments à évaluer lors des premières consultations médicales chez un patient suspect de grève de la faim (à notifier dans le dossier médical).

| |
|--|
| <p>Évaluer</p> <ul style="list-style-type: none"> – Type de jeûne (absolu, total ou partiel) – Jeûne religieux ou philosophique – Maladie psychiatrique – Facteurs de risque (diabète, grossesse, dépression ou autres maladies chroniques) – Capacité de discernement (à répéter régulièrement, évt par un médecin externe) – Notifier le poids habituel et actuel – Antécédents de jeûne de protestation |
| <p>Discuter et informer</p> <ul style="list-style-type: none"> – Motif de jeûne – Pressions externes (famille, groupes de «soutien» ou politiques)? – Vérifier que le partenaire-cible a été notifié du jeûne et de ses motifs – Favoriser le dialogue avec le partenaire-cible – Informer le jeûneur des risques de complications – Informer de l'importance d'un apport liquidien (1,5–2 l/j) – Informer des mesures de prévention (vitamines, électrolytes, anti-coagulation si alitement) |
| <p>Déterminer si urgence vitale:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Comorbidité importante ou – Jeûne absolu (n'absorbe ni solide, ni liquide) ou – Médicament à marge thérapeutique étroite |
| <p>Planifier le suivi médical en cas de jeûne complet (avec absorption de liquide) ou jeûne partiel (ingestion de certains produits): cf. tableau 2</p> |

Tableau 2. Éléments à considérer dans le suivi médical d'une personne faisant une grève de la faim (non exhaustif).

| |
|--|
| <p>Suivi: contact quotidien avec l'équipe médicale / examen clinique 1 x/semaine</p> <ul style="list-style-type: none"> – Anamnèse et status complets – ECG et bilan biologique (~1 x/sem., à adapter selon clinique, co-morbidités et durée du jeûne) – Recherche de l'apparition d'éléments nouveaux évoquant un trouble psychique – Réévaluation de la capacité de discernement régulièrement (évt expert externe et indépendant) – Évaluer l'indication à hospitalisation (en fonction de la perte pondérale, apparition d'anomalies biologiques et la nécessité de changer de cadre) – Présentation quotidienne de repas en adéquation avec le jeûne (cave syndrome de renutrition) – Informer systématiquement le jeûneur des risques et complications – Proposer substitution de vitamines et d'électrolytes – Stimuler l'hydratation (cave: jeûne => sensation de soif diminué) – Tenir informé le partenaire-cible (en accord avec le patient) – Rédaction de directives anticipées lorsque apparaît un risque de complications |
|--|

plus tard dès qu'une hospitalisation est envisagée, la rédaction de directives anticipées doit être proposée au gréviste. Le tableau 2  résume les points principaux du suivi médical d'un patient en grève de la faim.

Lors d'incapacité de discernement, si le patient n'a pas rédigé de directives anticipées ou désigné un représentant thérapeutique, le professionnel de la santé doit agir conformément aux intérêts objectifs du patient.

Le médecin est aussi amené à jouer un rôle actif de médiateur neutre dans le conflit entre le jeûneur et le partenaire-cible (en général la justice ou les autorités pénitentiaires); ainsi, ce dernier, en accord avec le patient, peut être tenu informé régulièrement. La médiation s'avère être un acte délicat car le médecin doit à la fois ne laisser aucun doute qu'il est au service de son patient – le gréviste – mais également être respecté par le partenaire-cible. Ainsi, le médecin doit garder une position neutre par rapport aux revendications du gréviste et se concentrer sur son rôle thérapeutique.

Affaire Rappaz en 2010

En automne 2010, le tribunal cantonal valaisan ordonnait à un médecin pénitentiaire genevois d'alimenter de

force son patient valaisan qui était en grève de la faim, sous menace de sanctions pénales. Le médecin avait refusé d'exécuter cet ordre et a fait appel auprès du Tribunal fédéral. Son refus a été corroboré par des arguments éthiques et juridiques et a abouti à l'interruption de la grève de la faim par le patient le jour de Noël 2010, puis à la décision du Tribunal fédéral en février 2011 de radier la procédure devenue officiellement sans objet. Après l'arrêt de la grève par le patient, le Tribunal fédéral avait estimé que les clarifications judiciaires étaient devenues caduques faute d'intérêt juridique actuel et pratique. Il n'y aurait aucune raison de supposer que la question ne pourrait être éclaircie par un tribunal si elle devait ressurgir à l'avenir. Toutefois, la question posée – à savoir si un médecin peut être obligé, sous menace de sanction, de procéder à l'alimentation forcée d'un détenu en grève de la faim – reste fondamentale et présente un intérêt public manifeste.

L'injonction judiciaire de la justice valaisanne envers le médecin genevois résulte d'un conflit entre l'obligation de bienfaisance de l'Etat envers des personnes privées de liberté et de l'autre côté le droit à l'autodétermination de toute personne.

Il est intéressant de noter qu'en novembre 2011 le canton du Valais, qui était à l'origine de l'ordre d'alimenta-

tion forcée envers le médecin genevois, a modifié le règlement sur les établissements de détention pour aboutir à une disposition diamétralement opposée à la position défendue par les autorités judiciaires et pénitentiaires dans l'affaire Rappaz. En effet, le nouvel article 49bis de ce règlement précise que les directives du condamné doivent être respectées même si elles entraînaient la mort de celui-ci.

La médecine pénitentiaire genevoise fut, sous l'injonction de Jacques Bernheim en 1963, la première au monde à se séparer des autorités pénitentiaires et judiciaires. L'indépendance de la médecine pénitentiaire a aidé à résister aux injonctions judiciaires envers le médecin et à défendre le respect de l'autonomie, de l'intégrité physique et du libre choix du patient. Sans l'indépendance structurelle, un conflit de double loyauté (loyauté du médecin envers son patient versus la loyauté envers son employeur) aurait compliqué davantage cette situation complexe [9]. Dans ce contexte, il est intéressant à noter qu'en Suisse, à ce jour, seulement 3 cantons (GE, VD et VS) ont organisé les soins en milieu pénitentiaires indépendant des autorités pénitentiaires ou judiciaires.

Alimentation forcée

L'alimentation forcée en soi n'est pas un acte anodin car associé à des complications médicales graves (rupture d'œsophage ou gastrique, infections, syndrome de re-nutrition) et perturbant gravement la relation de confiance que les services de santé en prison s'efforcent d'établir en respectant notamment les droits des patients.

Toute personne capable de discernement est libre de son choix et a le droit de mettre sa vie en jeu, ceci même pour faire pression sur la justice ou le pouvoir politique. L'alimentation forcée chez un patient capable de discernement est incompatible avec la déontologie médicale et a été jugée comme acte de torture par la Cour Européenne des Droits de l'Homme [10]. Ceci s'applique à tous les êtres humains, prisonniers ou pas.

Conclusions

Les situations de grève de la faim en prison sont complexes et nécessitent une bonne communication entre

les différents partenaires (le gréviste, l'équipe médico-soignante, le partenaire-cible) tout en respectant les principes fondamentaux de la pratique de la médecine, en particulier le respect de la confidentialité, de l'autonomie de choix de son patient et de l'équivalence de soins en comparaison à ceux pratiqués dans la communauté. La détention pousse certaines personnes à bout, jusqu'au point où elles sont prêtes à mettre leur vie en jeu. La réaction des autorités peut être excessive et il est le privilège, mais aussi le devoir des professionnels de santé de défendre les droits de tous les patients et en particulier ceux des populations vulnérables.

Correspondance:

PD Dr Hans Wolff

Unité de Médecine Pénitentiaire (UMP), Service de Médecine de Premier Recours,

Département de Médecine Communautaire, de Premier Recours et des Urgences, HUG

Avenue de Champel 9

CH-1211 Genève 4

[Hans.Wolff\[at\]hcuge.ch](mailto:Hans.Wolff[at]hcuge.ch)

Références

- 1 Sebo, P., Guilbert, P., Elger, B., and Bertrand, D. Jeûne de protestation: un défi inhabituel pour le médecin. *Rev Med Suisse*. 2004;62:2485-9.
- 2 Rieder JP, Huber-Gieseke T, Gétaz L, Kramer-Gauchat MC, Nyffenegger L, Gaspoz JM, Wolff H. Jeûne de protestation et alimentation forcée: relevé de pratiques historiques. *Rev Med Suisse*. 2010; 6:2313-8.
- 3 Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM). Directives médico-éthiques pour l'exercice de la médecine auprès de personnes détenues 28 novembre 2002.
- 4 Commission Centrale d'Ethique de l'ASSM: Autorité de l'Etat et éthique médicale: Conditions cadres pour l'exercice de la médecine carcérale 2012;93:9.
- 5 Council of Europe. Recommendation No. R (98) 7 of the committee of ministers to member states concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison. 1999 [<https://wcd.coe.int/>].
- 6 European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). CPT standards. CPT/Inf/E (2002)1-Rev. 2009. Available at: <http://www.cpt.coe.int/en/documents/eng-standards.pdf>.
- 7 World Medical Association (WMA), Declaration of Malta, a background paper on the ethical management of hunger strikes. *World Medical Journal*. 2006,52(2):36-43.
- 8 World Health Organisation (WHO) Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. 2007:39.
- 9 Pont J, Stöver H, Wolff H. Dual Loyalty in Prison Health Care. *Am J Public Health*. 2012;102(3):475-80.
- 10 Affaire Nevmerjitski contre Ukraine. Cour Européenne des Droits de l'Homme. Requête no 54825/00. Strasbourg 12/10/2005.