



## Aspects médicaux, éthiques et déontologiques de la grève de la faim en milieu carcéral Hunger strike in prison: medical, ethical and legal aspects

Walid Bouali<sup>1</sup>, Rim Gniwa Omezzine<sup>2</sup>, Rim Ben Soussia<sup>1</sup>, Lazhar Zarrouk<sup>1</sup>

1. Service de Psychiatrie, Hôpital Tahar Sfar Mahdia/ Faculté de Médecine de Monastir, Université de Monastir

2. Département de Médecine de Famille/ Faculté de Médecine de Monastir, Université de Monastir

### RÉSUMÉ

**Contexte :** La grève de la faim suscite actuellement un vif débat. En effet, le médecin est confronté à un dilemme éthique et déontologique dont la solution n'est pas assez évidente.

**Objectifs :** Proposer une mise au point des principaux aspects du jeûne de protestation en milieu pénitentiaire et d'élaborer un vadémécum clinique du médecin.

**Méthode :** Nous avons effectué une revue de la littérature concernant la grève de la faim du détenu en utilisant les bases « Medline », « Ovid » et « Science-direct ». Les documents des instances et organismes nationaux et internationaux ont été consultés.

**Résultats :** Le médecin doit informer clairement le gréviste des risques encourus et assurer une évaluation clinique et une surveillance régulière de l'intéressé. Le rôle du psychiatre est de détecter une pathologie mentale initiale sous-jacente ou secondaire au refus alimentaire et d'évaluer les capacités de jugement du gréviste. Ainsi le clinicien est confronté à une attitude avec deux obligations paradoxales : porter assistance et respecter la volonté du sujet. Par ailleurs, l'intervention médicale est possible si le pronostic vital est mis en jeu même sans le consentement du patient.

**Conclusion :** La grève de la faim en milieu pénitentiaire est loin d'être un phénomène négligeable. L'attitude du médecin renvoie à une démarche marquée par l'objectivisme et la neutralité bienveillante. En Tunisie, une promulgation des textes de lois régissant la conduite à tenir devant ces situations doit être discutée.

**Mots clés :** Grève de la faim, détenu, complications, médicolégale, prise en charge.

### ABSTRACT

**Background :** A hunger strike is a common form of protest in prison and is a potential cause of many types of problems, both for facility administrators and health care staff. Issues of conflict of rights and obligations involved, and how to treat people who are subject, have created major controversies.

**Objectives:** To identify and review published studies that discuss the medical, ethical and legal considerations of managing a hunger strike in a prison setting from a physician's perspective.

**Methods :** A database search using «Medline» «Ovid» and «Science Direct was conducted to identify relevant publications. We included case series, guidelines and, review articles.

**Results :** The physician must clearly inform the striker of the risks and provide clinical assessment and regular monitoring of the concerned. The role of the psychiatrist is to detect an initial mental pathology underlying or secondary to fasting and assess the capacity of the striker's judgment. Thus, the clinician is faced with two paradoxical obligations : to assist and respect the striker's will. In addition, medical intervention is possible if the prognosis is life-threatening even without the patient's consent.

**Conclusion :** The current practice of non-consensual attitude among hunger-striking seeking in detention needs a closer inquiry. Medical practitioners should be aware of their ethical and legal responsibilities, and that they should act independently of government or institutional interests.

**Keywords :** hunger strike, prison, detention, ethics, therapeutics.

### Correspondance

Walid Bouali  
Service de Psychiatrie, CHU Tahar Sfar  
Mahdia / Université de Monastir, Tunisie  
Email: walidbouali17@yahoo.fr

## INTRODUCTION

Le refus alimentaire volontaire peut avoir plusieurs origines parmi lesquelles la grève de la faim. Ce phénomène se voit de plus en plus dans notre pays et a posé plusieurs controverses. La grève de la faim a été décrite historiquement par des jeunes filles mariées de force menacent de se laisser mourir de faim. Les rares travaux disponibles mentionnent également une tradition ancienne du jeûne de « remontrance », visant à jeter la honte sur les personnes contre qui on s'élève - des jeûnes de créanciers ou de débiteurs, notamment, en Inde ou en Irlande - et une tradition carcérale antérieure au 20ème siècle, dans les prisons russes, voire dès le Moyen-Âge dans la Tour de Londres.

En effet, la grève de la faim en milieu carcéral suscite actuellement un vif débat d'opinion publique. Ainsi, le médecin est confronté à un dilemme éthique et déontologique dont la solution n'est pas assez évidente [1]. Un gréviste de la faim doit être évalué dans les 24h par du personnel médical. 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 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.

**Tableau 1.** Tableau récapitulatif des articles consultés et analysés.

Auteur et revue	Pays et durée de l'étude	Méthodologie de l'étude	Population étudiée	Objectif de l'étude
F. Dubois La Revue de Médecine Interne [2]	France, Mai 2006 et décembre 2008	Une étude épidémiologique rétrospective centrée sur la description, l'évolution clinique et la prise en charge des grévistes entre mai 2006 et décembre 2008	Détenus, hospitalisés dans l'une des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) françaises.	Analyse neuf épisodes de grève de la faim chez huit détenus hospitalisés à l'UHSI de Bordeaux, et expose les différents problèmes rencontrés et les solutions apportées.
Stéphanie Fayeulle La Presse Médicale [4]	France 2008	Une enquête déclarative où un témoignage médical par Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires a été demandé	Détenus dans des maisons d'arrêt et établissements pour peine	Connaître la prise en charge des grévistes de la faim auprès des médecins travaillant en milieu carcéral.
Laurent Gétaz Swiss Medical Weekly [5]	Switzerland 2012	Revue		Cet article fournit des conseils pour le suivi et la prise en charge des patients en grève de la faim.
Hanène Romdhane Droit Déontologie & Soins [6]	France 2008	Chronique		Discuter la responsabilité des établissements pénitentiaires, d'une part, et le devoir des soignants de sauver la vie, d'autre part.
Bea Brockman Journal of Medical Ethics 1999 [7]	Angleterre 1999	Revue		Cet article examine la motivation derrière les grèves de la faim chez les prisonniers. Il décrit le rôle du psychiatre dans l'évaluation et la gestion des détenus en les référant aux exemples de cas.
Mary A Kenny The Medical Journal of Australia [8]	Australia 2004	Revue		Examiner les aspects juridiques et éthiques de la grève de la faim
N Y Oguz J Med Ethics 2005 [9]	Turkey 2015	Revue		Cet article examine l'expérience turque et le débat à propos de la déontologie des médecins pendant les grèves de la faim en prison

Par ailleurs, ce refus alimentaire est pourvoyeur de complications potentiellement graves et menaçantes du pronostic vital par le déficit protéino-énergétique et la déshydratation ainsi que les désordres métaboliques. Dans certains cas, il peut s'agir d'urgence médicale qui nécessite la surveillance clinico-biologique et la renutrition en cas de besoin [2,3].

Sur le plan médico-légal, il n'existe pas de lignes directrices standardisées concernant la conduite du médecin face à ce problème.

Les buts de cette mise au point sont de décrire l'évolution des perturbations cliniques et métaboliques induites par la grève de la faim du détenu, d'étudier les modalités pratiques de prise en charge médicale, de soulever les problèmes éthiques et déontologiques posés par ce sujet et d'élaborer un vademécum clinique du médecin.

## MÉTHODES

Nous avons procédé à une revue exhaustive et synthétique de la littérature anglaise et française, jusqu'au mois de Mars 2020, en utilisant les bases de données « Medline », « Ovid » et « Science-direct ». Les mots clé utilisés sont : « grève », « faim », « grève de la faim », « hunger strike », « detained » associés ensemble selon la syntaxe adaptés avec les opérateurs booléens afin de sélectionner les travaux les plus pertinents. Les documents des instances et des organismes nationaux et internationaux ont été consultés. De plus nous avons approfondie nos recherches en analysant la bibliographie de chaque article.

## RESULTATS

Nous avons résumé dans le tableau 1 les articles consultés et analysés à travers la recherche bibliographique afin de synthétiser les principales recommandations pratiques devant une grève de la faim en milieu carcéral.

La grève de la faim en prison ouvre sur un débat éthique fondamental. En effet, la grève de la faim regroupe deux régimes très distincts selon que l'auteur de cette grève est libre ou détenu. Ce qui pose problème, c'est l'aggravation de l'état de santé avec la perspective de la mort, alors que l'intéressé est placé sous main de justice. C'est un acte volontaire lié à un but précis et le cas échéant relayé par un comité de soutien qui conduit à remettre en cause sa propre santé avec à terme, une perspective assumée de mort ou de graves séquelles. En synthèse, on peut dire que la loi permet la contrainte sur la base de critères médicaux, mais le seuil

d'intervention de la contrainte reste très discuté [6].

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 oeuvre des bonnes pratiques médicales. 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 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. 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, le coma hypoglycémique, des carences vitaminiques (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 plus tard dès qu'une hospitalisation est envisagée, la rédaction de directives anticipées doit être proposée au gréviste. 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 [6,10].

On peut comprendre la position des autorités qui dans un souci bienveillant tiennent à préserver à tout prix la santé et la vie d'un gréviste de la faim dont ils ont la responsabilité en tant qu'autorité de détention. Est-ce à dire que les règles et devoirs qui lient le médecin à son patient devront alors s'effacer devant la raison d'état ou l'injonction légale? La réponse est, là encore, clairement non. «Le médecin est puissamment lié et soutenu par la tradition propre à son métier» qui impose de «respecter jusqu'au bout la volonté authentique d'un patient» pour autant qu'il ne mette pas autrui en danger et qu'il exprime sa volonté en pleine lucidité. Au delà de la tradition médicale, l'indépendance professionnelle des soignants travaillant en prison et réaffirment que «les besoins de santé du détenu devraient toujours constituer la préoccupation première du médecin» et «les décisions cliniques et toute autre évaluation relatives à la santé des personnes incarcérées devraient être fondées uniquement sur des critères médicaux.» .

L'indépendance des professionnels de la santé en milieu pénitentiaire est ainsi fondamentale vis-à-vis des autorités pénitentiaires, juridiques et de police . Elle permet de se distancier des conflits d'intérêts et constitue une garantie contre les dérives pouvant survenir dans toute institution totale. L'indépendance des soignants s'avère également nécessaire et s'illustre magistralement dans la situation présente où le soignant est pris entre deux alternatives: respecter le libre choix d'un patient capable de discernement, sa volonté clairement exprimée, réitérée par ses directives anticipées et vérifiée lors d'entretiens singuliers, ou respecter l'ordre d'une autorité pénitentiaire fondée sur une décision judiciaire et alimenter ce détenu de force. C'est dire aussi l'importance de la garantie absolue de confidentialité dont doit pouvoir bénéficier ce colloque singulier entre le médecin et son patient, quelles que soient les déclarations publiques du gréviste, seule possibilité pour le soignant d'estimer en conscience les différents paramètres mentionnés plus haut. Il faut aussi évaluer la manière dont la volonté du gréviste s'exprime, notamment par des directives anticipées, modifiables en tout temps. Faute de cette indépendance et de la possibilité de mettre l'intérêt de leur patient au centre de leurs considérations, les soignants deviennent alors des agents de la force publique, rôle qui ne peut être le leur. Aucune décision de justice ne peut abroger cette dimension centrale de la fonction soignante qui repose avant tout sur une

relation médecin-patient et doit être préservée et respectée à tout prix [11-13].

## DISCUSSION

Il nous a semblé important de définir, afin d'ôter toute ambiguïté, la grève de la fin. Selon la déclaration de Malte de l'Assemblée Médicale Mondiale sur les Grévistes de la Faim, adoptée en 1991 et révisée en 2006, un gréviste de la faim est une personne, en pleine possession de ses capacités mentales, qui fait connaître sa volonté de refuser toute alimentation solide ou liquide pendant une durée importante [3]. Autrement, il s'agit d'un refus proclamé par un sujet ou un groupe de s'alimenter dans un but de protestation ou de revendication.

Pour l'association médicale mondiale, la grève de la faim est définie comme un jeûne volontaire total (la prise uniquement d'eau, le rajout de sels minéraux ou de sucre est possible) durant plus de 72 heures par un individu mentalement compétent comme forme de protestation ou de revendication [4].

Ainsi, il existe 3 types de grèves de la faim [5,6] :

- Jeûne de protestation absolu, y compris de l'eau et du sucre.
- Jeûne de protestation strict avec hydratation : consommation d'eau possible.
- Jeûne de protestation avec suppléments : utilisation de sels minéraux et de vitamines en plus de l'eau et du sucre pendant la grève de la faim.

Cependant, deux catégories de grévistes de la faim sont rencontrées avec des intentions et des motivations différentes. La première catégorie veut gagner de la publicité pour arriver à leurs buts sans aucune intention de nuire leur santé. L'autre catégorie est assez déterminée au point de ne pas avoir l'intention de revenir en arrière sans atteindre leurs objectifs.

### L'évolution des perturbations cliniques et biologiques induites par le jeûne prolongé

Bien que les données concernant le processus de jeûne soient limitées en l'absence de modèles expérimentaux, on observe généralement trois phases évolutives [2, 3, 14, 15].

La première phase dure 5 à 15 jours où l'organisme épuise ses réserves de glycogène hépatique et musculaire avec une perte rapide de poids. Ainsi, en cas de grève partielle avec une absorption quotidienne d'eau et de sucre, le risque d'hypoglycémie est très faible et la tolérance somatique est assez bonne.

La deuxième phase, à partir du 15ème jour et correspond à la consommation des lipides, sa durée est variable et dépend de

la masse grasse totale. Les mécanismes d'épargne protéique sont mis en place avec apparition d'une asthénie, de douleurs musculaires, d'une hypotension artérielle orthostatique avec vertiges, céphalées et d'une anorexie.

La troisième phase est marquée par la consommation des protéines, elle touche les tissus nobles de manière progressivement irréversible avec des complications graves tel que la destruction des tissus musculaires, la déshydratation, les œdèmes, la cachexie et troubles neurologiques pouvant aller jusqu'à la mort (Tableau 2).

**Tableau 2.** Les modifications clinico-biologiques observées au cours d'un jeûne prolongé.

Phases	Temps	Clinique	Biologie
Phase I	5-10j	Perte du poids	Hypoglycémie
Phase II	>15j	Asthénie, vertiges Douleurs musculaires Hypotension orthostatique Céphalées, anorexie	Hypolipidémie
Phase III	>20j	Déshydratation Œdème, cachexie Troubles de la conscience	Hypoprotidémie

### La prise en charge médicale

#### Principes généraux

Toute personne qui déclare être en refus alimentaire volontaire, doit être examinée par un médecin au début de la grève, durant son évolution et dès la survenue de la moindre complication de son état de santé.

Toutefois, le médecin doit adopter une position de neutralité bienveillante et une écoute hyperactive sans juger si la grève est légitime et qui l'engage à dialoguer avec le gréviste sans l'obliger à céder [4].

#### Attitude du médecin de première ligne

Le médecin est dans l'obligation d'informer le gréviste et l'institution carcérale des risques encourus et des séquelles possibles du jeûne prolongé. Durant le premier contact avec le sujet, il est souhaitable de déterminer les causes de la grève et de vérifier si le sujet a pris sa décision de façon indépendante ou sous l'influence d'une ou de groupe de

personnes ou sous des pressions extérieures. En outre, il est bénéfique de communiquer avec la famille du gréviste.

Après 24 heures de la confirmation de la grève de la faim, une évaluation médicale s'impose dans le but de déterminer les modalités du jeûne (type de la grève de la faim) et les comorbidités physiques et/ou mentales du gréviste de la faim (Tableau 3) [5].

**Tableau 3.** La démarche du médecin face à une grève de la faim.

Jeûne religieux ou philosophique	
<b>Diagnostics différentiels à exclure d'emblée</b>	Causes digestives (dysphagie...)
	Causes extra-digestives (cancers...)
<b>Evaluer et déterminer</b>	Pathologies somatiques
	Pathologies psychiatriques
<b>Discuter et informer</b>	Modalités du jeûne
	Capacités de décision et de jugement (interniste ou psychiatre si possible)
	Les causes du jeûne et si les autorités ou les cibles sont informées
	Existence de pressions extérieures (famille, groupe de support, politiciens)
	Facteurs de risque : diabète, grossesse, maladies chroniques
	Poids initial, ECG, tests biologiques initiaux « de référence »
	Les risques du jeûne prolongé
Le besoin de prendre des liquides 1.5 à 2 litres/jour	
Mesures préventives : électrolytes, vitamines, anticoagulants si alitement	

De même, le professionnel de santé est dans l'obligation d'expliquer au sujet l'intérêt du suivi médical au cours de son jeûne et rappeler ses risques. En revanche, une revue des antécédents du patient et un examen physique et mental sont recommandés dans cette étape avec une recherche de prise de traitements [16]. A ce propos aucune anomalie de l'examen psychiatrique ne doit être négligée. Par ailleurs, le médecin ne doit pas hésiter à demander des examens biologiques qui serviront de référence lors du suivi du patient (Tableau 4) [5].

**Tableau 4.** Les éléments de surveillance médicale d'un gréviste de la faim.

<b>Fréquence du suivi</b>	Un contact journalier avec l'équipe médicale Une consultation médicale hebdomadaire	
<b>Considérer &amp; Discuter</b>	Une anamnèse exhaustive et un examen physique	
	Une recherche de désordres psychiatriques (dépression, délires, troubles du sommeil)	
	Un suivi par un psychiatre (en cas de pathologie psychiatrique ou jeûne prolongé)	
	Une réévaluation de capacité de discernement (par un expert en cas de jeûne prolongé)	
	Une information répétée concernant les risques physiques et mentaux	
	Une déclaration, en accord avec le patient, des autorités régulièrement	
<b>Les examens complémentaires : Une fois par semaine à partir de la 3<sup>ème</sup> semaine</b>	NFS, glycémie, acétonurie	CPK (si myalgies)
	Na, K, urée, créatinémie, bicarbonate	Albumine
	Ph, Mg, Ca, acide urique	ECG
	Transaminases (si désordre hépatique)	
<b>Traitement à proposer</b>	Boissons 1,5 à 2l/jour	Perfusion NaCl si boisson impossible
	Sels minéraux : 1,5g/jour	Vitamine B1, multi-vitamines
	Mg, K, Ca si perturbés	HBPM préventive

L'hospitalisation représente un moment clef. Suivant les cas, elle est perçue comme isolant le jeûneur de son réseau de soutien ou au contraire le protégeant [16]. Cependant, il n'existe pas à l'heure actuelle de consensus par rapport aux critères d'hospitalisation. Elle peut être immédiatement nécessaire en cas de comorbidités, notamment le diabète ou autres pathologies où le refus de suivre le traitement médical peut conduire rapidement à des complications. A noter que

l'hospitalisation est entreprise précocement en cas de grève de la soif. La plupart des auteurs proposent arbitrairement une hospitalisation lorsque la perte pondérale est supérieure à 10% ou avec un BMI inférieur à 16,5 Kg/m<sup>2</sup>. Toutefois, la présence d'un seul signe ne motive pas nécessairement l'hospitalisation mais c'est la combinaison des signes qui doit guider la décision [6,17] (Tableau 5).

**Tableau 5.** Les indications de l'hospitalisation du jeûne de protestation du détenu.

<b>Critères anthropologiques</b>	Perte de poids > 10% ou BMI < 16,5 kg/m <sup>2</sup> .
<b>Critères anamnestiques</b>	Présence d'une pathologie chronique ou jeûne absolu > 5 jours.
<b>Critères cliniques</b>	Altération de l'état général ou confusion mentale.
<b>Critères biologiques</b>	Troubles électrolytiques sévères ou insuffisance rénale aigue.

### **Le rôle du psychiatre**

La déclaration de Malte incite le médecin à s'entourer d'un second avis afin d'évaluer la capacité de discernement du sujet [3]. En effet, il est souhaitable que les psychiatres soient sollicités le plutôt possible dans la prise en charge des grévistes de la faim. La tâche essentielle du psychiatre est de déterminer si le gréviste souffre d'une pathologie mentale. Il est essentiel de faire la part entre une décision de jeûne prise par une personne mentalement compétente qui doit être respectée, et une attitude sous tendue par une maladie mentale (dépression, délire, anorexie mentale, catatonie) ou d'un équivalent suicidaire (Tableau 6).

Ainsi, le rôle du psychiatre est de déterminer si le patient est atteint d'une pathologie mentale à l'origine du refus alimentaire ou à l'origine d'une altération de ses capacités de raisonnement abolissant son discernement [18].

Par ailleurs, plusieurs personnes qui souffrent de certaines maladies psychiatriques restent mentalement compétents et le médecin se trouve dans l'obligation de respecter leur décision de jeûne. Il n'existe pas d'outils ou de tests objectifs qui permettent d'évaluer avec précision les capacités de jugement. Il est recommandé d'évaluer la capacité à consentir à partir des cinq dimensions suivantes : capacité à recevoir une information adaptée ; capacité à comprendre et à écouter

; capacité à raisonner ; capacité à exprimer librement sa décision et capacité à maintenir sa décision dans le temps [19]. Enfin, une hospitalisation sous contrainte en milieu psychiatrique est indiquée si réunion des trois conditions de l'article 11 de la loi n°92-83 du 3 Août 1992 relative à la santé mentale et aux conditions d'hospitalisation en raison de troubles mentaux qui sont : les troubles rendent impossible le consentement du patient, l'état du patient impose des soins urgents et l'état de santé du patient représente une menace pour sa sécurité ou pour celle d'autrui [20].

**Tableau 6.** Principales causes psychiatriques du refus alimentaire.

La dépression
L'anorexie mentale
Les délires paranoïaques
Les psychoses chroniques
La catatonie
Les troubles de la personnalité

### Aspects éthiques, déontologiques et jurisprudence

Les grèves de la faim représentent des situations complexes et conflictuelles. Les médecins doivent connaître non seulement les aspects cliniques et la physiologie du jeûne, mais aussi les enjeux déontologiques et éthiques.

Dans la prise en charge d'un gréviste de la faim, les obligations déontologiques des médecins obéissent aux principes suivants :

#### Équivalence des soins

L'article 3 du Code Déontologie Médicale stipule : «*Le médecin doit soigner avec la même conscience tous ses malades sans discrimination aucune*».

#### Confidentialité

Elle est indispensable pour une relation de confiance. En plus de la prise en charge médicale, le médecin est amené à jouer un rôle actif de médiateur neutre dans le conflit entre le détenu et les autorités, s'il jouit de leur confiance. Selon l'article 8 du Code Déontologie Médicale, «*Le secret professionnel s'impose à tout médecin, sauf dérogations établies par la loi*».

#### Indépendance et Neutralité :

L'indépendance des médecins, notamment vis-à-vis de l'autorité pénitentiaire, est une obligation déontologique.

L'article 11 du Code Déontologie Médicale stipule : «Le

médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit». Selon l'article 75 du Code Déontologie Médicale, «*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 professionnelle de la part de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie...*»

Le médecin ne doit ni encourager les grévistes de la faim, ni exercer la moindre pression sur eux et céder aux pressions des différents intervenants : administration et personnel pénitenciers, codétenus, médias, familles des grévistes ...

#### Respect de la volonté du patient :

Un médecin devrait-il faire tout ce qui est possible pour sauver la vie d'un patient (Article 2 du Code Déontologie Médicale : «*Le respect de la vie et de la personne humaine constitue en toute circonstance le devoir primordial du médecin*»), ou, au contraire, respecter le droit des individus à disposer de leur corps comme ils l'entendent (Article 7 du Code Déontologie Médicale : «*Un médecin sollicité ou requis pour examiner une personne privée de liberté ou pour lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement ne serait ce que par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité*») ?

Les directives internationales, notamment celles de l'association médicale mondiale (WMA), sont claires à ce sujet. La déclaration de Tokyo (1975, article 6) assimile l'alimentation de force à une forme de torture. Dans la déclaration de Malte (1991), le principe du respect de la volonté du gréviste est définitivement consacré.

Par ailleurs, la Cour Européenne des Droits de l'Homme considère l'alimentation de force comme un acte de torture [6].

En pratique, il nous semble utile de distinguer les situations où le gréviste est capable de discernement des situations où les facultés mentales du gréviste se sont altérées suite à la prolongation du jeûne.

L'alimentation forcée chez un patient capable de discernement est incompatible avec la déontologie médicale, le consentement du patient étant un élément indispensable pour toute prise en charge par un médecin.

Le médecin doit respecter la volonté du patient après l'avoir informé des conséquences de ses choix. Si cela met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour le convaincre

d'accepter les soins indispensables [7, 8]. fin d'éviter toute poursuite ultérieure en cas de décès du gréviste, le médecin doit pouvoir apporter la preuve qu'il a donné une information appropriée en particulier sur les conséquences du refus des soins. ans le cas où le gréviste présente une incapacité de discernement, et s'il n'a pas rédigé de directives anticipées, le médecin doit agir conformément aux intérêts objectifs du patient, conformément à l'article 35 du Code Déontologie Médicale : *«Appelé d'urgence auprès d'un mineur ou d'un incapable et lorsqu'il est impossible de recueillir en temps utile le consentement légal, le médecin doit donner les soins qui s'imposent»*. Si le gréviste a clairement exprimé son refus des soins avant l'altération de ses facultés mentales, les directives internationales recommandent de respecter sa volonté. En pratique, ces directives n'ont pas de pouvoir contraignant, le médecin agira selon l'existence ou non de contraintes légales et selon ses propres convictions. En effet, dans plusieurs pays, la loi impose aux médecins d'intervenir, même contre leurs grés, si la vie d'un gréviste de la faim est en danger. En l'absence de contraintes légales, et si le médecin, pour des convictions personnelles, professionnelles, philosophiques ou religieuses, s'estime incapable de suivre le souhait du gréviste de ne pas être réanimé lorsque sa vie est sérieusement menacée, il doit l'avertir de sa propre position en la matière. Le gréviste décidera en toute liberté de faire appel ou non à un autre médecin (Article 10 du Code Déontologie Médicale : *«Les principes ci-après énoncés s'imposent à tout médecin, sauf dans les cas où leur observation est incompatible avec une prescription législative ou réglementaire ou serait de nature à compromettre le fonctionnement et le développement normaux des services ou institutions de médecine sociale. Ces principes sont : le libre choix du médecin par le malade... »* [21].

### **La grève de la faim : un dilemme éthique complexe**

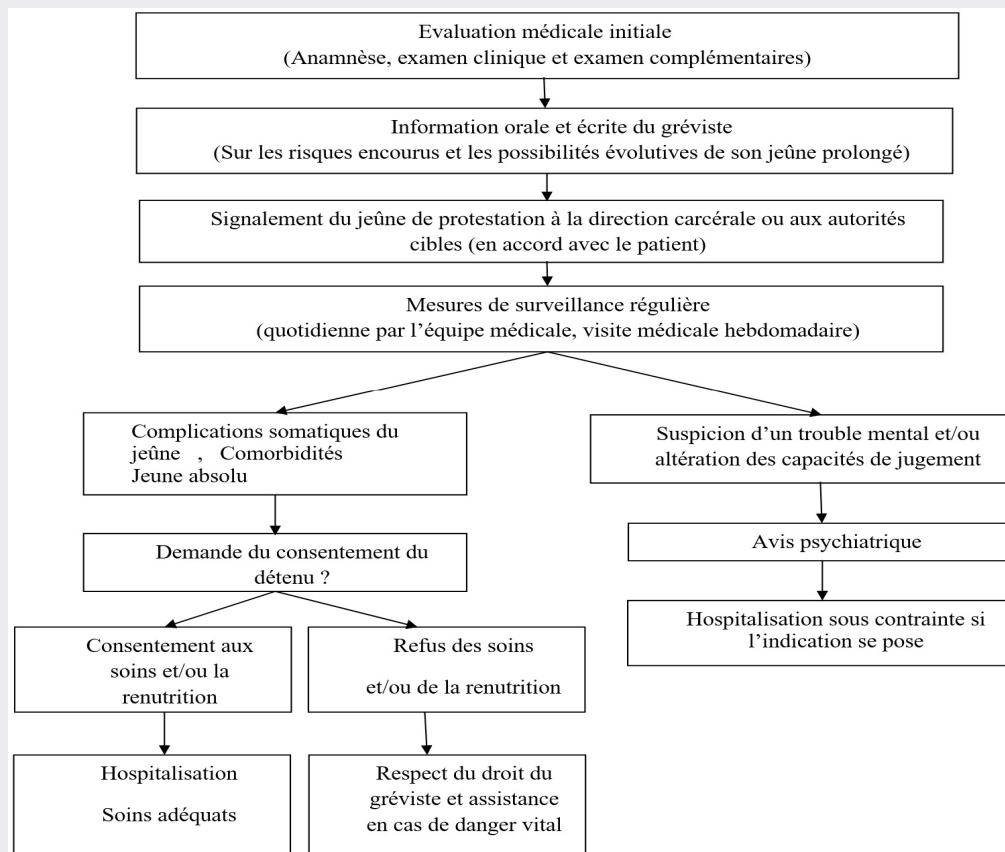
Face à la grève de la faim, le médecin en tant que praticien se trouve alors bien souvent pris dans la trame d'un dilemme éthique complexe. Comment, au sein d'une institution contraignante telle que la prison, concilier la liberté individuelle du gréviste de la faim en respectant ses droits en tant que patient, les motivations qui guident sa conduite, avec le devoir de soin qui incombe au médecin, tout en tenant compte des textes réglementaires (juridiques/déontologiques) et des principes d'éthiques Européenne à la fois complémentaires mais parfois antagonistes ? En effet, il doit prendre une décision médicale en se référant aux textes juridiques et déontologiques, tout en tenant compte des droits du patient et de ses convictions personnelles. La question se pose alors de savoir si le médecin va opter pour une attitude attentiste

ou interventionniste ? Le dilemme éthique va se manifester à partir du moment où le médecin se trouvera «écartelé» entre son devoir de soigner et celui de respecter la volonté du patient. Il va dès lors devenir témoin participant du conflit opposant le gréviste de la faim à l'administration, objet qui dépasse le domaine médical strict. Le médecin devient en quelque sorte l'otage de cette situation, et ne peut s'y soustraire. Se pose alors la question du comment agir pour le «bien» de l'individu sans devenir complice de l'Administration Pénitentiaire. Il existe de nombreux textes de référence sensés apporter des éléments de réponse au médecin pour l'aide dans le choix de sa position. Le problème éthique se révèle très épineux lorsque l'on met en relief la situation contradictoire à laquelle est confronté le médecin. D'un côté des textes prônant l'interventionnisme et de l'autre des textes mettant l'accent sur la primauté du principe d'autonomie du patient. Le principe de bienfaisance développé dans la philosophie de Lévinas est présent dans l'Article 35 du Code de Déontologie, ainsi que dans l'Article 9 de la Charte du patient hospitalisé. Il y est précisé que ce principe moral de bienfaisance doit être prioritaire. En effet, dans le cadre de la pratique médicale, la vocation du médecin est de défendre et de donner la priorité à la santé du malade (Articles 1 et 2 des Principes d'Éthique Médicale Européenne). Dans le cas spécifique de la grève de la faim, le Code de Procédure Pénale (Articles 63, 382 et 390) prévoit l'obligation de porter secours à un gréviste de la faim, d'hospitalisation en cas d'urgence et la possibilité de procéder à une alimentation forcée sur décision et surveillance médicale, à condition que la vie du détenu soit menacée. Dans la même lignée, le Conseil National de l'Ordre des médecins prône une attitude interventionniste à partir du moment où la faiblesse du détenu gréviste de la faim est telle que sa vie est menacée à brève échéance (Article 9 du Code de Déontologie). Si selon les textes précités, le médecin doit adopter une attitude interventionniste, d'autres références viennent les nuancer, voire les contredire. En effet, le médecin doit exercer sa mission dans le respect de la vie humaine, de la dignité de la personne sans aucune discrimination de quelque nature qu'elle soit et le patient ne doit pas être soumis à des traitements dégradants (Articles 2 et 7 du Code de Déontologie, Article 1 et 22 des Principes d'Éthique Médicale Européenne, Article 7 de la Charte du patient hospitalisé, Article 14 alinéa 1 du Projet du Code de Déontologie de l'Administration Pénitentiaire, Article 3 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme). Dans la continuité de ces principes, le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les



cas (Article 4 de la Charte du patient hospitalisé), sauf si le médecin constate le caractère pathologique de la conduite (Bulletin de l'Ordre des Médecins d'Octobre 1982). La notion de consentement renvoie au principe d'autonomie développé dans la philosophie d'Engelhardt. Ce principe qui octroie au patient le droit absolu de refuser des soins et affirmé d'une manière générale dans le Code Civil, s'est concrétisé dans l'Article 36 (alinéas 1 et 2) du nouveau Code de Déontologie. L'Arrêt du Conseil d'Etat du 29 juillet 1994 en précise les conditions et les limites puisque «*le médecin ne doit accepter le refus de soins de son patient qu'après avoir mis en œuvre tous les moyens (y compris les «conours appropriés») de nature à faire prendre conscience au patient la véritable mesure des conséquences de son refus*». En effet, dans le respect du refus du patient, le médecin est tout de même tenu d'apporter «à son patient toute assistance médicale et morale que nécessite son état, sans conforter le malade dans son refus» (Articles 37 et 39 du Code de Déontologie). En ce qui concerne le cas spécifique de la grève de la faim, les Déclarations d'Helsinki de l'Association Médicale Mondiale et

de Tokyo de l'Assemblée Mondiale de Médecine Pénitentiaire précisent que si un détenu est en mesure de formuler un jugement conscient et rationnel, le gréviste de la faim ne devra pas être alimenté artificiellement. Cette attitude est précisée dans le fascicule «Liberté du malade, indépendance du médecin» puisque le médecin ne peut rien entreprendre sans le consentement du gréviste de la faim tant que celui-ci n'est pas manifestement en danger de mort. Au regard de l'ensemble de ces textes complémentaires, mais également contradictoires, le médecin va devoir adopter l'attitude qui lui semble la plus adaptée à la situation à laquelle il est confronté en veillant au maintien de son indépendance professionnelle. En effet, le médecin ne saurait être subordonné ni à l'Administration Pénitentiaire, ni à l'autorité judiciaire. Il ne saurait tolérer des pressions ou intimidations d'aucune sorte. Il doit également faire reconnaître et affirmer son indépendance vis-à-vis des détenus (Article 5 du Code de Déontologie / Articles 5 et 6 des Principes d'Ethique Médicale Européenne).



Vadémécum clinique du médecin devant une grève de la faim [9, 22-24]

## CONCLUSION

La grève de la faim est une situation assez fréquente à laquelle tout médecin exerçant en milieu pénitentiaire est amené à être confronté. Une hospitalisation est nécessaire en cas de défaillance d'organe, de pathologie intercurrente menaçant le pronostic vital, ou d'une surveillance médicale insuffisante en milieu carcéral. La prise en charge peut confronter le corps médical à des dilemmes éthiques et moraux, avec des textes de référence n'apportant pas toujours de solution évidente (figure 1). La surveillance médicale est centrée sur les signes de carences vitaminiques et les complications de décubitus, et doit s'accompagner d'informations claires sur les risques encourus, tout en respectant son engagement. En Tunisie, la promulgation des textes de lois régissant la conduite à tenir devant ces situations doit être discutée ainsi que l'amélioration des unités médicales de soins en milieu carcéral.

## RÉFÉRENCES

- MARTIN J. « Attitude médicale en cas de grève de la faim ». À propos de la problématique du traitement sous contrainte. Santé Publique, 2002 ; 14 (4): 473-479.
- DUBOIS F, SUDRE E, PORTE A, BEDRY R, GROMB S. Evolution et surveillance des patients grévistes de la faim : expérience d'une unité hospitalière sécurisée interrégionale. La Rev Med Interne, 2011 ; 32 : 669-677.
- World Medical Association. Déclaration de Malte de l'Association Médicale Mondiale sur les Grévistes de la Faim adoptée par la 43<sup>e</sup> Assemblée Médicale Mondiale, Malte novembre 1991 ; révisée sur le plan rédactionnel par la 44<sup>e</sup> Assemblée Médicale Mondiale, Marbella, novembre 1992 ; révisée par l'assemblée générale de l'Assemblée Médicale Mondiale, Pilanesberg ; octobre 2006.
- Fayeulle, S., Renou, F., Protais, E., Hédouin, V., Wartel, G., & Yvin, J. L. (2010). Prise en charge médicale de la grève de la faim en milieu carcéral. La Presse Médicale, 39(10), e217-e222.
- GETAZ L, RIEDER JP, NYFFENGGER L, EYTAN A, GASPOZ JM, WOLFF H. Hunger strike among detainees: guidance for good medical practice. Swiss Med Wkly, 2012 ; 142: 13675-13680.
- ROMDHANE H. Grève de la faim des détenus, un conflit de droit non réglé par la loi. Droit Déontologie & Soins, 2008 ; 8 : 19-32.
- BROCKMAN B. Food refusal in prisoners : a communication or a method of self-killing ? The role of the psychiatrist and resulting ethical challenges. Journal of Medical Ethics 1999 ; 25 : 451-456.
- KENNY MA, SILOVE DM, STEEL Z. Legal and ethical implications of medically enforced feeding of detained asylum seekers on hunger strike. Med J Aust, 2004 ; 180(5) :237-240.
- OGUZ NY, MILES SH. The physician and prison hungerstrikes : reflecting on the experience in Turkey. J Med Ethics, 2005;31 :169-172.
- Mehanna HM, Moledina J, Travis J. Refeeding syndrome: what it is, and how to prevent and treat it. BMJ. 2008;28(336):1495-8.
- Recommandation N° R(98) 7, 1998 concernant les aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire (Comité des Ministres du Conseil de l'Europe).
- Sprumont D et al. Pratique médicale en milieu de détention: Effectivité des directives de l'Académie suisse des sciences médicales sur «L'exercice de la médecine auprès de personnes détenues», Rapport à la FMH (2009) ([www.fmh.ch/files/pdf3/Rapport.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf3/Rapport.pdf)).
- GRAVIER, Bruno, WOLFF, Hans, SPRUMONT, Dominique, et al. Une grève de la faim est un acte de protestation—Quelle est la place des soignants?: l'alimentation forcée est contraire à la déontologie médicale. Bulletin des médecins suisses, 2010, vol. 91, no 39, p. 1521-1525.
- CHAARI A. Grève de la faim prolongée compliquée d'une rhabdomyolyse et d'une insuffisance rénale aigue : A propos d'un cas. Rev Med Interne, 2009 ; 30(10): 914-916.
- GUEXE, COTI BERTRAND P. Syndrome de renutrition inappropriée (SRI). Nutrition clinique et métabolisme, 2011 ; 25 : 42-44.
- Sebo, P., Guilbert, P., Elger, B., & Bertrand, D. (2004). Le jeûne de protestation: un défi inhabituel pour le médecin. Médecine & Hygiène, 62(2508), 2485-2489.
- THE LANCET. Clinical care for hunger strikers. Lancet, 2008 ; 372 : 777.
- ARNOLD F. Clinical care of hunger strikers. Lancet, 2008 ; 372(9649) : 1544.
- HAUTE AUTORITE DE SANTE. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. HAS, 2005
- JOURNAL OFFICIEL TUNISIEN DE LA REPUBLIQUE TUNISIENNE. Loi Numéro 92-83 du 03/08/1992 relative à la santé mentale et aux conditions d'hospitalisation en raison de troubles mentaux. JORT, 1992 ; Article 11 : 1007-1010.
- BARON-LAFOREST S, BRAHMY B. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. ENCYCLOPÉDIE MÉDICO-CHIRURGICALE, 37-953-A-10.
- PEEL M. Hunger strikes : understanding the underlying physiology will help doctors provide proper advice. Editorial BMJ, 1997 ; 829-830..
- WOLFF H, GETAZ L. Grève de la faim et alimentation forcée : enjeux thérapeutiques et éthiques. Rev Med Suisse, 2012 ; 8 :182-183.
- DIXON WC. Hungerstrikes: preventing harm to students. J Am Coll Health, 1999 ; 48(2): 87-90.