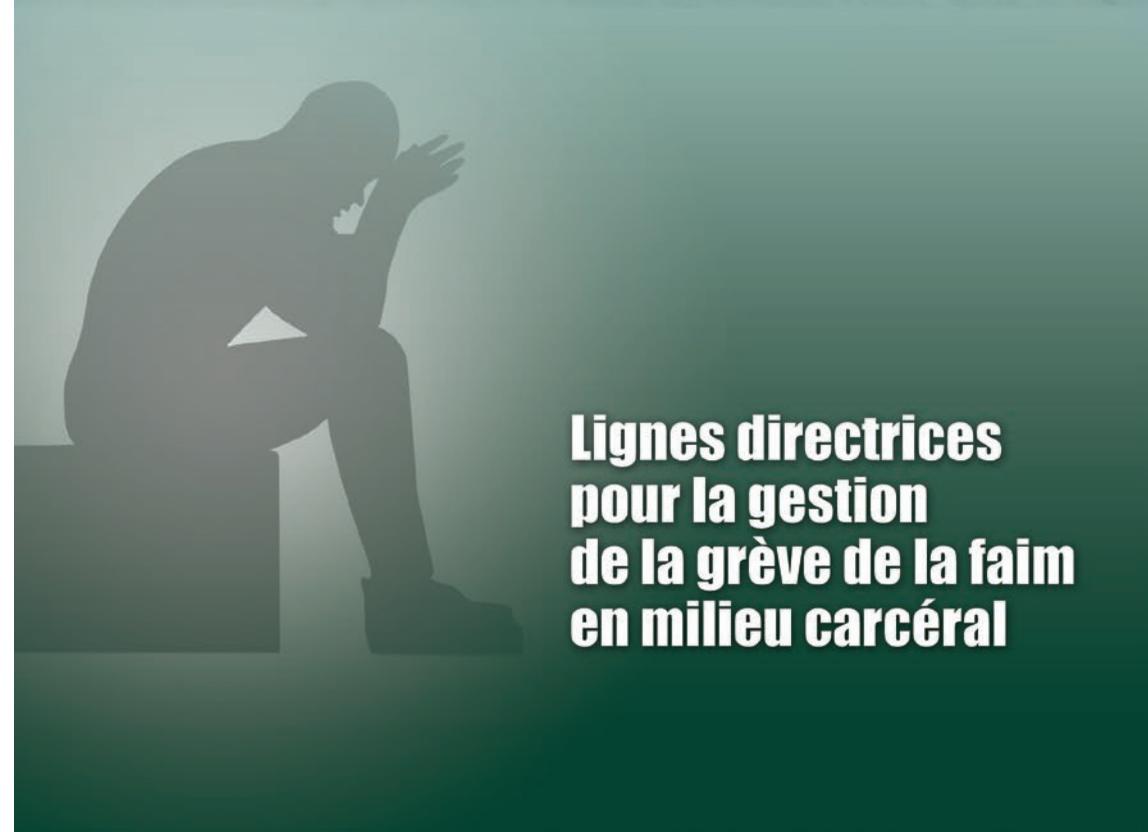




المملكة المغربية  
+XIIΛΞ+ I ICYΘΞΘ  
Royaume du Maroc



## **Lignes directrices pour la gestion de la grève de la faim en milieu carcéral**



**Lignes directrices  
pour la gestion  
de la grève de la faim  
en milieu carcéral**

# Sommaire

Préface .....	5
Introduction .....	7
Règles générales .....	9
Cadre organisationnel de la prise en charge d'une GdF .....	11
Modalités opérationnelles et mesures à mettre en œuvre : fiches par intervenant.....	15
1. Détenu Gréviste de la faim.....	16
2. DGAPR.....	17
3. Ministère de la Santé .....	41
4. Ministère Public.....	51
5. CNDH.....	53
6. Intervenants indépendants.....	55
Annexes .....	61
- Définitions et glossaire.....	61
- Fiche des cas de Grève de Faim à inclure au dossier médical du patient.....	64
- Fiche de surveillance des Grèves de Faim à inclure au dossier médical du patient.....	66
- Fiche de référence aux hôpitaux pour patient en Grève de Faim.....	68
- Fiche de contre-transfert de patient en Grève de Faim des hôpitaux aux établissements pénitentiaires.....	69
- Modèle du rapport médical régulier à rédiger et partager avec l'administration .....	70
- Questions & Réponses de référence pour la consultation médicale d'un patient en GdF.....	71
Bibliographie.....	75

# Préface

Issu d'une réflexion collective entre Le Conseil national des droits de l'Homme, le Ministère de la Santé, la Délégation générale à l'Administration Pénitentiaire et à la Réinsertion et la Présidence du ministère public, ce guide succinct vise à assister tout intervenant pour la gestion des grèves de la faim dans les établissements pénitentiaires au Maroc. Le dessein de tous, chacun selon ses prérogatives, étant la protection des détenus, dans leur intégrité physique et morale, dans leur dignité et dans leurs droits, et ce, conformément aux lois nationales et aux normes internationales.

La nécessité d'un tel guide tient non seulement à la volonté de partage, de perfectionnement et d'harmonisation des pratiques, mais tient aussi du fait du besoin de poser des bases de réponses communes à la question délicate de la gestion de la grève de la faim dans les établissements pénitentiaires.

En effet, la question de la grève de la faim peut être abordée, selon deux paradigmes : le plus intuitif étant celui de la menace au droit à la Vie, ce droit originel, suprême et absolu que la Constitution marocaine consacre, dans son Article 20\*, comme « droit premier de tout être humain », droit que l'on se doit de protéger. D'autre part, la grève de la faim peut être considérée comme un moyen de protestation contre des conditions de détention jugées par le détenu comme étant insatisfaisantes ou pour des raisons liées à l'affaire pour laquelle il est poursuivi, voire un moyen de pression sur l'administration pénitentiaire. Selon cette perspective, la grève de la faim devient un moyen de communiquer ses doléances et ses revendications, voire un « exercice du droit d'expression ».

C'est ainsi que l'acte de la grève de la faim, lequel doit être interprété comme un exercice volontaire et actif, bien qu'il s'agisse d'un refus ou d'un rejet de la nourriture, requiert la prise en charge adéquate du détenu qui devient soudain « patient », sans jamais franchir la ligne rouge de l'autonomie et donc de la dignité et de la liberté du détenu, définition même du traitement dégradant.

Le suivi médical des cas de grève de la faim en milieu pénitentiaire, en plus de considérer les particularités du contexte carcéral, 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

\* Art 20 de la Constitution du Royaume du Maroc : « Le droit à la vie est le droit premier de tout être humain. La loi protège ce droit. »

de risque et à éviter les complications. La capacité de discernement doit être évaluée de manière systématique et répétée.

Toutefois, ce suivi pose une problématique majeure d'ordre éthique qui est celle du traitement sous contrainte contre le gré du patient. En effet, le vide réglementaire confronte le professionnel de Santé aux problèmes de non-assistance à personne en danger, d'une part et de respect de la décision de la grève de la faim du détenu, d'autre part et dont la violation peut être assimilée à une forme de torture.

Enfin, toute grève de la faim reste une mise à l'épreuve de la capacité de réponse institutionnelle à une situation urgente, par nature, et au vu de ses conséquences pouvant aboutir au coma, voire même au décès.

L'intérêt de ce guide est de mettre en place un cadre directif et de fixer les responsabilités de chacun : du médecin, devant offrir son assistance dans le respect de la décision d'un individu, et du gréviste de la faim, averti des risques encourus. Il offre aussi des modalités pratiques qui permettent au corps médical de privilégier le droit à la vie du détenu et ou les prérogatives en matière de médiation et de protection des institutions à l'initiative de cette démarche y prennent tout leur sens.

Ainsi, le présent document a été élaboré sous la supervision d'un Comité technique représentant l'ensemble des institutions impliquées, avec l'appui du Comité International de la Croix Rouge; conformément aux orientations et pratiques internationales, en particulier celles de la Déclaration de Malte et en capitalisant sur l'expérience marocaine, acquise en matière de gestion des grèves de la faim dans les établissements pénitentiaires.

En fin ce guide, enrichi par la participation des divers acteurs de la société civile, du secteur médiatique ainsi que des avocats, est destiné à tous les acteurs impliqués dans la prise en charge, l'accompagnement et le suivi des détenus en grève de la faim dans les établissements pénitentiaires, que ce soit pour des fins de formation ou d'intervention.

Le Royaume du Maroc reconnaît dans l'**art. 131 de la loi pénitentiaire 23/98** le droit des détenus à recourir à la grève de la faim comme moyen de protestation et de revendication.<sup>1</sup>

Le Maroc est aussi signataire du **Pacte international** relatif aux droits civils et politiques, reconnaissant le droit de grève<sup>2</sup> et de la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

Au Maroc, les médecins reconnaissent et respectent les principes éthiques **du code de déontologie médicale<sup>3</sup>** et des **déclarations internationales (Malte 2016<sup>4</sup> et Tokyo 2016<sup>5</sup>)** concernant l'interdiction du traitement forcé et notamment de l'alimentation forcée des détenus en grève de la faim.

En tant que membre de l'assemblée des Nations Unies, le Royaume du Maroc respecte la **Résolution 70/175** concernant l'Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (**Règles Nelson Mandela**).<sup>6</sup>

Le Conseil National des Droits de l'Homme (CNDH) est l'institution garante de la protection des droits de l'Homme en milieu pénitentiaire qui surveille les conditions des détenus et le traitement qui leur est réservé.<sup>7</sup>

1- Loi pénitentiaire 23/98, Art.131 « En cas de grève de la faim, le directeur de l'administration pénitentiaire et la famille du détenu ou l'autorité judiciaire, lorsqu'il s'agit d'un détenu soumis à la détention préventive, sont avisés »

2- Art 8.d « Les Etats parties au présent Pacte s'engagent à assurer... le droit de grève, exercé conformément aux lois de chaque pays » Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, <https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

3- Art. 59 « Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans toute la mesure du possible. 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. » Nouveau Code de Déontologie médicale, adopté par l'assemblée générale de l'Ordre national des médecins le 07/04/2018 [http://cromc.ma/wp-content/uploads/2017/11/Envoi.Avant\\_Projet\\_1\\_du\\_CODE\\_DE-DEONTOLOGIE\\_du\\_29.09.17.pdf](http://cromc.ma/wp-content/uploads/2017/11/Envoi.Avant_Projet_1_du_CODE_DE-DEONTOLOGIE_du_29.09.17.pdf)

4- Art 23 « L'alimentation forcée est toujours contraire à l'éthique. Même dans un but charitable, l'alimentation accompagnée de menaces, de coercition, de l'usage de la force ou de la contrainte physique sont une forme de traitement inhumain et dégradant. Tout aussi inacceptable est l'alimentation forcée de certains détenus afin d'intimider ou de contraindre d'autres grévistes de la faim de mettre fin à leur jeûne. » Déclaration de Malte de l'AMM sur les Grévistes de la Faïm <https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-de-malte-de-lamm-sur-les-grevistes-de-la-faim/>

5- Art. 8 : « Lorsqu'un prisonnier refuse toute nourriture et que le médecin estime que celui-ci est en état de formuler un jugement conscient et rationnel quant aux conséquences qu'entraînerait son refus de se nourrir, il ne devra pas être alimenté artificiellement, tel que le stipule la Déclaration de Malte de l'AMM sur les grévistes de la faim. La décision en ce qui concerne la capacité du prisonnier à exprimer un tel jugement devra être confirmée par au moins un deuxième médecin indépendant. Le médecin devra expliquer au prisonnier les conséquences que sa décision de ne pas se nourrir pourraient avoir sur sa santé ». Déclaration de Tokyo de l'AMM Directives à l'intention des médecins en ce qui concerne la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants en relation avec la détention ou l'emprisonnement <https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-de-tokyo-de-lamm-directives-a-lintention-des-medecins-en-ce-qui-concerne-la-torture-et-autres-peines-ou-traitements-cruels-inhumains-ou-degradants-en-relation-avec-la-detention-ou-l/>

6- Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 17 décembre 2015 [sur la base du rapport de la Troisième Commission (A/70/490)] 70/175. Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela) <https://undocs.org/fr/A/RES/70/175>

7- Loi n°76-15 relative à la réorganisation du Conseil national des droits de l'Homme, publié au Bulletin officiel N° 6662.

## Règles générales

Lorsque confrontées à des cas de grève de faim en milieu carcéral et conformément aux principes juridiques nationaux et internationaux et aux meilleures pratiques d'éthique médicale, les autorités en charge de l'exécution des peines, de la justice et de la santé doivent impérativement agir de manière coordonnée et respecter les règles suivantes :

- Respect du droit du détenu de recourir à la grève de la faim (GdF).
- Etablissement d'un dialogue qui aborde tous les aspects de la cause de la GdF (administratifs, judiciaires, etc.). Afin de préserver l'intégrité physique et la vie d'un détenu, les moyens de résolution basés sur le dialogue de bonne foi avec les prisonniers au sujet de leurs griefs sont privilégiés.
- Protection et promotion des droits et de la dignité du gréviste, incluant son droit à être informé, à pouvoir consentir à la prise en charge médicale, et au respect de la confidentialité médicale.
- Respect des étapes de prise en charge par des mesures standardisées et échelonnées en fonction des spécificités présentées par chaque cas, afin d'utiliser au mieux les ressources existantes et ne pas compromettre le bon fonctionnement des structures médicales et détentrices.
- Prise en charge multidisciplinaire, et partage d'informations interinstitutionnelles, qui facilitent la résolution optimale des cas de la grève de la faim.
- Interdiction du traitement forcé et de tout moyen disciplinaire ou coercitif contraire aux lois en vigueur régissant les conditions de détention, aux standards internationaux en matière du respect des droits humains, et aux principes de l'éthique médicale. Le médecin n'encourt pas de risques de poursuite pour « non-assistance à personne en péril » car le devoir d'assistance médicale n'est pas applicable dès lors qu'il faudrait faire violence au patient pour le sauver.
- Sauvegarde de l'indépendance de l'acte médical pour assurer le respect des droits, de la dignité et de l'intérêt du gréviste.
- Possibilité de faire appel, au besoin, et selon les cas, à des organisations indépendantes dans les efforts de résolution de la grève de faim.

Les règles générales énoncées ci-dessus ont l'objectif de permettre aux détenus d'exprimer leurs protestations sans pour autant oublier la protection de leur bien-être, ainsi que le bon fonctionnement des dispositifs de prise en charge.

# Cadre organisationnel de la prise en charge d'une GdF

Etapes	Acteurs concernés
Déclaration de GdF : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecrite</li> <li>• Remise au Chef de Quartier qui explique les autres démarches de protestation possibles (boîtes aux lettres, demande d'entretien avec la direction et l'autorité judiciaire compétente, etc.)</li> </ul>	- Détenu gréviste - Personnel administratif de l'établissement
Transmission de la déclaration de GdF à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chef de Quartier</li> <li>• Chef de Détention</li> <li>• Directeur de l'établissement</li> </ul>	Personnel administratif de l'établissement pénitentiaire
Le Directeur de l'établissement s'entretient avec le gréviste pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaître les raisons de la GdF</li> <li>• S'assurer de l'absence de pressions extérieures sur la décision d'entamer une GdF</li> <li>• Essayer de trouver une solution, quand la possibilité existe</li> <li>• Notifier le détenu dans la liste des cas de GdF</li> </ul>	Directeur de l'établissement pénitentiaire
L'équipe médicale de l'établissement pénitentiaire s'entretient avec le gréviste : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation initiale</li> <li>• Explication claire et détaillée des risques sanitaires encourus par le gréviste</li> <li>• Explication du rôle du médecin : respect de l'autonomie du gréviste, de la confidentialité médicale et de ses limites, et de l'indépendance du médecin.</li> <li>• Renseignement de la fiche du suivi médical</li> </ul>	Personnel médical de l'établissement pénitentiaire
Constitution du dossier administratif de GdF et information des autres acteurs concernés : <ul style="list-style-type: none"> <li>• DGAPR (administration centrale)</li> <li>• Autorités judiciaires compétentes</li> <li>• Famille du gréviste</li> <li>• Avocat</li> </ul>	Directeur de l'établissement pénitentiaire
Transfert à l'infirmerie pour observation et suivi médical : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Protection du détenu d'éventuelles pressions des codétenus</li> <li>• Offre régulière de nourriture, sans aucune pression à la consommation.</li> </ul>	Personnel administratif et médical de l'établissement pénitentiaire

Etapes	Acteurs concernés
Protocole de suivi judiciaire : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitation d'une réunion avec l'avocat</li> <li>• Information, rencontre et entretien avec le représentant du Ministère public, qui prend les décisions qui s'imposent</li> <li>• Notification des détenus dans la liste des cas de GdF à suivre par le Parquet</li> <li>• Implication du juge d'instruction pour les grévistes prévenus.</li> <li>• Détermination du suivi nécessaire selon le statut judiciaire du gréviste.</li> <li>• Communication avec le CNDH</li> <li>• Suivi statistique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autorités judiciaires</li> <li>- Association des barreaux</li> <li>- Avocat</li> <li>- Ministère Public</li> </ul>
Protocole de suivi administratif à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintien du dialogue avec le gréviste.</li> <li>• Elaboration d'un rapport quotidien ou hebdomadaire, selon le niveau de risque du cas, sur les conditions du détenu à la DGAPR et aux autorités judiciaires compétentes</li> <li>• Communication de changement du niveau de risque du patient au Procureur Général, à la DGAPR Rabat, et au CNDH</li> <li>• Entretien avec le Directeur de l'établissement pénitentiaire au moins une fois par semaine à partir de la 3ème semaine de GdF</li> </ul>	Directeur et personnel administratif de l'établissement pénitentiaire
Suivi médical : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Création d'un lien thérapeutique (relation de confiance soignant-soigné), dans le respect de l'autonomie du patient ainsi que de la confidentialité, visant à offrir au détenu une opportunité de communication qu'il puisse ressentir comme étant dans son intérêt.</li> <li>• Identification des facteurs de risque et information du patient des conséquences de son choix et des complications possibles.</li> <li>• Surveillance régulière des signes vitaux et données biologiques, échelonnée selon l'état de santé du gréviste.</li> <li>• Communication régulière avec les instances administratives et judiciaires concernées, et alerte préalable à la détérioration irréversible de l'état de santé.</li> <li>• Evaluation des critères de détérioration de l'état de santé requérant le transfert en milieu hospitalier</li> <li>• Etablissement du lien dans le respect du secret professionnel et des règles d'éthique médicale avec un médecin point focal de l'établissement hospitalier pour un suivi conjoint et une prise de décisions consenties</li> </ul>	Personnel médical de l'établissement pénitentiaire

Etapes	Acteurs concernés
Transfert dans une structure hospitalière et protocole de suivi médical hospitalier : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Communication entre médecin de la détention et point focal en charge des détenus au niveau des délégations régionales de la santé ou de l'hôpital de référence.</li> <li>• Transfert du détenu dans de bonnes conditions de sécurité</li> <li>• Réévaluation médicale de l'état de santé du patient.</li> <li>• Création d'un lien thérapeutique, dans le respect de l'autonomie du patient ainsi que de la confidentialité, visant à offrir au détenu une opportunité de communication qu'il puisse ressentir comme étant dans son intérêt. Proposition au patient d'identifier au sein du personnel médical un mandataire de confiance.</li> <li>• Information claire, détaillée et objective au patient des conséquences de son choix et des risques relatifs aux phases de sa GdF, dont les risques de séquelles irréversibles et de décès.</li> <li>• Alerte des autorités administratives et judiciaires préalable à la détérioration irréversible de l'état de santé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personnel médical de l'établissement pénitentiaire</li> <li>- DGAPR</li> <li>- Personnel médical du Ministère de la Santé</li> <li>- Avocat</li> </ul>
<b>Arrêt de GdF</b>	<b>Détenu gréviste</b>

## Modalités opérationnelles et mesures à mettre en œuvre : *fiches par intervenant*

### 1. Détenu Gréviste de la faim

### 2. DGAPR

- a. Direction et personnel administratif de l'établissement pénitentiaire
- b. Division de l'Action Sanitaire de la DGAPR

### 3. Ministère de la Santé

- a. Délégation Régionale de la Santé
- b. Hôpital de référence

### 4. Ministère Public

### 5. CNDH

### 6. Intervenants indépendants

- a. Avocats
- b. Organisations de la société civile
- c. Famille
- d. Médias

## 1- Détenu Gréviste de la faim

Le détenu gréviste de la faim, lorsqu'il se décide à protester pour des causes qui lui sont propres, va s'engager dans une interaction avec tout le personnel pénitentiaire.

Il est donc fondamental d'assurer que ce personnel transmette des informations claires, correctes et complètes au détenu gréviste afin d'éviter malentendus, manipulations, ou autres clivages et ainsi de mieux protéger sa santé, sa vie et sa dignité.

Les surveillants pénitentiaires doivent communiquer les messages suivants aux grévistes qu'ils côtoient :

- La loi pénitentiaire du Royaume du Maroc respecte le droit individuel à recourir à la GdF comme moyen de protestation et de revendication.
- La GdF peut avoir des répercussions graves sur la santé physique et mentale. Plus le jeûne est prolongé, plus les complications sont graves; certaines peuvent être irréversibles, même après l'arrêt de la grève.
- L'administration pénitentiaire a mis en place des alternatives pour que le détenu puisse exprimer ses doléances ou ses demandes, comme l'utilisation des boîtes aux lettres et/ou une demande d'entretien avec le Directeur de l'établissement, ou encore avec son avocat ou le CNDH.
- Une alimentation régulière et équilibrée est essentielle pour le bon fonctionnement de notre corps. Lorsqu'une personne ne s'alimente pas, même pendant une courte période, les différentes fonctions de l'organisme sont altérées.
- Il est très important de boire plus que d'habitude pendant une GdF, selon les recommandations des médecins.
- Le suivi médical d'une GdF permet de réduire les risques de conséquences graves, irréversibles et de mortalité : le personnel médical pourra aussi recommander des suppléments nutritionnels qui n'arrêtent pas la GdF mais diminuent les risques pour la santé.

## 2- DGAPR

### a) Direction et personnel administratif de l'établissement pénitentiaire

Toute GdF doit être formellement déclarée par écrit (par le détenu lui-même si possible, mais au besoin par quelqu'un de confiance désignée de lui-même),

En cas de non consommation de repas constatée, sans déclaration formelle de GdF, un mécanisme de notification auprès de l'équipe médicale doit être mis en place par le personnel de détention.

Quand un détenu déclare formellement une GdF, il doit en transmettre la déclaration écrite au Chef de Quartier qui doit la prendre et en informer le Chef de Détention. Étant un droit individuel, le début d'une GdF relève de la responsabilité du détenu qui décide d'en rédiger la déclaration et ne peut faire l'objet d'arbitrage de la part des institutions concernées.

Selon la structure organisationnelle du lieu de détention et la nature de la revendication, le Chef de Quartier et le Chef de Détention peuvent s'entretenir avec le détenu afin de comprendre les raisons de la grève et les résoudre si cela rentre dans leurs compétences, mais également expliquer les moyens alternatifs de communication et de protestation déjà en place dans l'établissement :

- Boîtes aux lettres confidentielles pour communiquer directement avec le Directeur de l'établissement, avec les autorités judiciaires, le CNDH, et avec l'équipe médicale.
- Possibilité de demander un entretien avec le Directeur ou son/ses avocat/s.

Le personnel administratif et de sécurité doit éviter les demandes répétées d'arrêter la GdF : ces injonctions se sont montrées inefficaces et, si perçues comme une pression indue, risquent d'exacerber une éventuelle position radicale ou conflictuelle du gréviste. Le cas doit être rapporté au plus tôt au Directeur de l'établissement.

Dans un délai maximum de 48 heures, le Directeur de l'établissement doit recevoir en privé le détenu, comprendre le ou les motifs de la GdF, lui expliquer ses droits et ses devoirs, et s'assurer que la GdF est du libre choix de la personne. Il est important de souligner que les entretiens avec les Directeurs des établissements ont été efficaces dans la résolution immédiate de la GdF, grâce à leur rôle pour veiller à l'exécution des ordres et décisions de justice, et à la création d'un dialogue ouvert avec le détenu.

Au cas où le détenu confirme son intention de poursuivre la GdF, le Directeur de l'établissement ordonnera immédiatement son placement à l'infirmerie, quand la structure le permet, ou à un autre lieu qui facilite l'observation, le suivi médical et l'évaluation de l'état de santé, avec la production d'un premier rapport médical à l'intention de l'administration incluant le niveau de risque et l'existence de facteurs de risque particuliers.

Ce rapport médical fera partie du dossier administratif constitué au niveau de la direction de la prison, et partagé avec le service médical central de la DGAPR et le Procureur. L'information relative au début de GdF sera aussi transmise à la famille du gréviste. (Voir section 6.c)

Si le détenu décide d'interrompre sa GdF avant la constitution et l'envoi du dossier, son cas sera quand même enregistré et communiqué à la DGAPR, pour assurer un meilleur suivi statistique.

L'administration pénitentiaire s'assure que le droit et la dignité du détenu sont respectés au cours de sa GdF, qu'il ne subit aucune restriction abusive dans la communication avec ses avocats et sa famille, la rencontre avec le Procureur Général ou le Juge d'Instruction, les temps de promenade à l'air libre, ainsi que l'accès à l'eau et aux soins médicaux et à l'ensemble de ses autres droits (formations professionnelles, etc.).

Le transfert à l'infirmerie est fait afin d'assurer que le détenu ne soit pas exposé à d'éventuelles pressions de ses codétenus et pour permettre une meilleure surveillance médicale. En aucun cas le transfert hors cellule ne doit être effectué ou perçu comme une sanction disciplinaire.

Sauf demande contraire explicite du détenu en GdF, de la nourriture doit régulièrement lui être proposée mais en évitant absolument que cela ne soit perçu comme une provocation ou une mise à l'épreuve de la part du personnel pénitentiaire. Chaque membre du personnel pénitentiaire peut avoir un rôle positif dans la création et le maintien d'un dialogue ouvert avec le gréviste, mais il faudrait éviter la multiplication d'intervenants, pour optimiser la communication et éviter confusions, clivages et d'éventuelles manipulations d'information.

Au cours d'une GdF, le détenu doit être revu par le Directeur de l'établissement si l'une des conditions suivantes se présente :

- Décision du gréviste d'arrêter l'ingestion d'eau, ou de refuser la prise des médicaments essentiels pour le traitement d'une pathologie préexistante
- Perte de poids égale ou supérieure à 10% du poids de base
- En cas de nécessité évaluée par le personnel pénitentiaire
- Au moins une fois par semaine après 21 jours de GdF

Selon la durée de la GdF, les facteurs médicaux de gravité, et les critères de risque spécifiques du cas, le Directeur de l'établissement, en collaboration avec le médecin en charge, déterminera l'augmentation progressive des possibilités de communication offertes aux grévistes. Cela se fera par l'implication des différents acteurs déjà présents dans l'établissement pénitentiaire (assistants sociaux, psychologues, psychiatres, etc.) appelés à intervenir par le directeur selon les besoins, et également par des rappels aux autorités judiciaires compétentes, en cas d'implications judiciaires, ainsi que le CNDH.

En revanche, le détenu ayant déclaré une GdF mais dont le statut juridique et l'état de santé ne montrent aucun élément de préoccupation, ne nécessitera pas la multiplication des efforts ou des rencontres, et pourra être rencontré sans urgence.

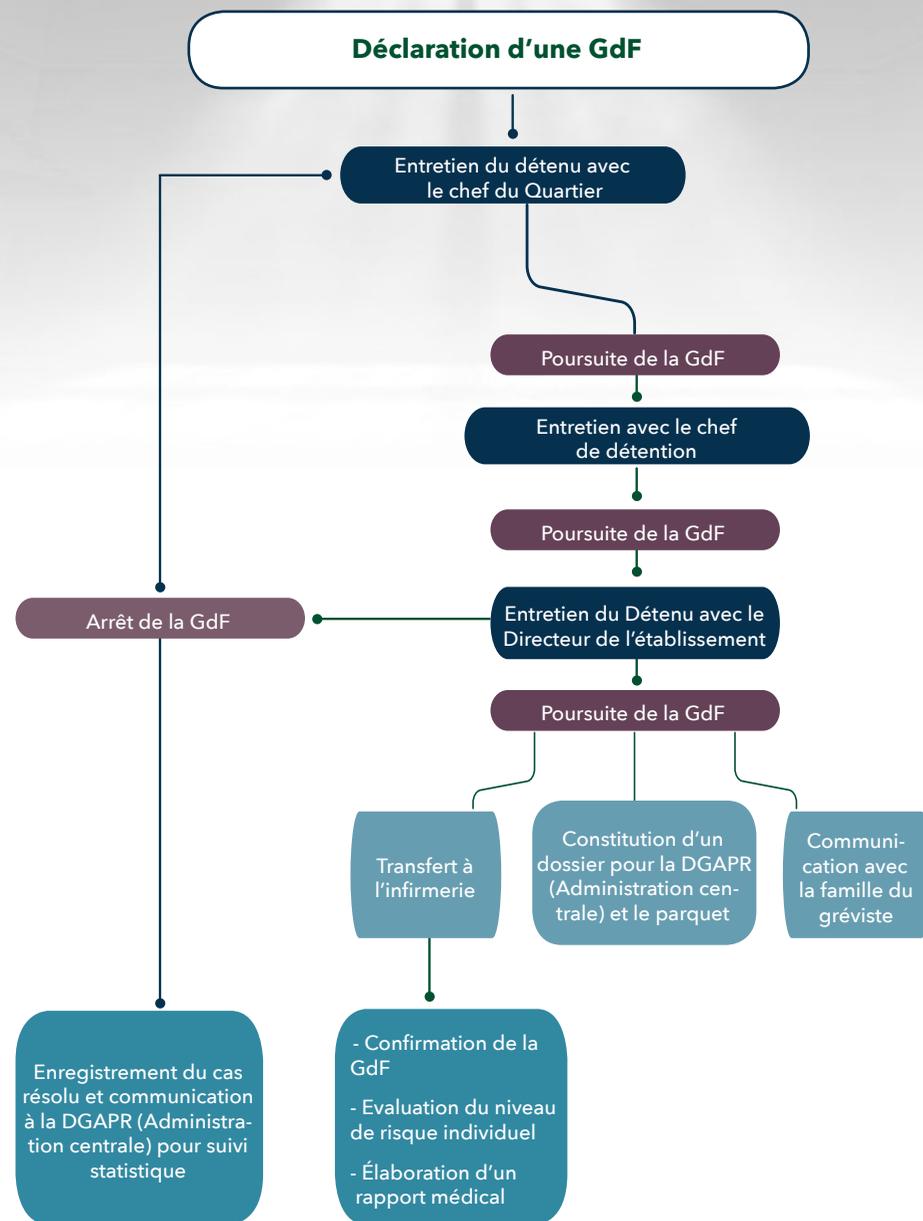


Figure 1 : Schéma de déclaration de GdF

## b) Service médical de la DGAPR

L'intervention médicale dans la prise en charge d'un cas de GdF doit tenir compte des principes d'action suivants :

- Tous les médecins ont un devoir éthique dans leurs relations professionnelles avec des personnes vulnérables, même lorsqu'il ne leur est pas demandé de les traiter<sup>8</sup>. Le refus de s'alimenter, de prendre des médicaments ou d'être examiné par un médecin ne peut entraîner la fin de la relation thérapeutique.
- La création d'un lien thérapeutique, dans le respect de l'autonomie du patient ainsi que de la confidentialité, est l'objectif médical essentiel dans la prise en charge des GdF. Établir un lien de confiance entre médecins et grévistes de la faim est souvent la clé pour résoudre la situation en respectant les droits de ces derniers et en limitant les conséquences de leur grève sur leur santé. La confiance peut créer des possibilités pour résoudre des situations difficiles. La confiance dépend de l'aptitude du médecin à convaincre le gréviste qu'il agit dans son meilleur intérêt médical, en lui donnant les conseils et les soins conformes aux normes techniques et éthiques en vigueur, et en se montrant franc au sujet des limites de ce qu'il peut faire, y compris dans les situations dans lesquelles le médecin ne pourra pas respecter la confidentialité.<sup>9</sup>
- Une GdF n'est pas une maladie, et nécessite donc d'abord une prise en charge administrative et judiciaire. En revanche, chaque cas de GdF peut porter atteinte à la santé du patient, et le médecin doit faire de son mieux pour prévenir et traiter toute conséquence médicale de cette grève.
- Les médecins doivent s'entretenir en privé avec les grévistes de la faim sans être entendus des autres, y compris des autres détenus. Il est essentiel d'entretenir une communication claire et au besoin faire appel à des interprètes sans lien de dépendance avec les autorités compétentes, qui seront eux aussi tenus de préserver la confidentialité des échanges.<sup>10</sup>

### Evaluation initiale :

Le médecin de l'établissement pénitentiaire doit procéder à l'évaluation initiale du gréviste dans les 48 heures suivant le début de la GdF.

La demande d'évaluation peut être exprimée par le Directeur ou par le personnel de sécurité de l'établissement. Dans le cadre d'une consultation, le gréviste lui-même peut solliciter l'aide du médecin en déclarant oralement sa volonté d'entamer une GdF. Si cette demande émane du gréviste, le médecin doit procéder à l'évaluation et à l'explication des procédures de déclaration nécessaires à la notification de la GdF au niveau administratif.

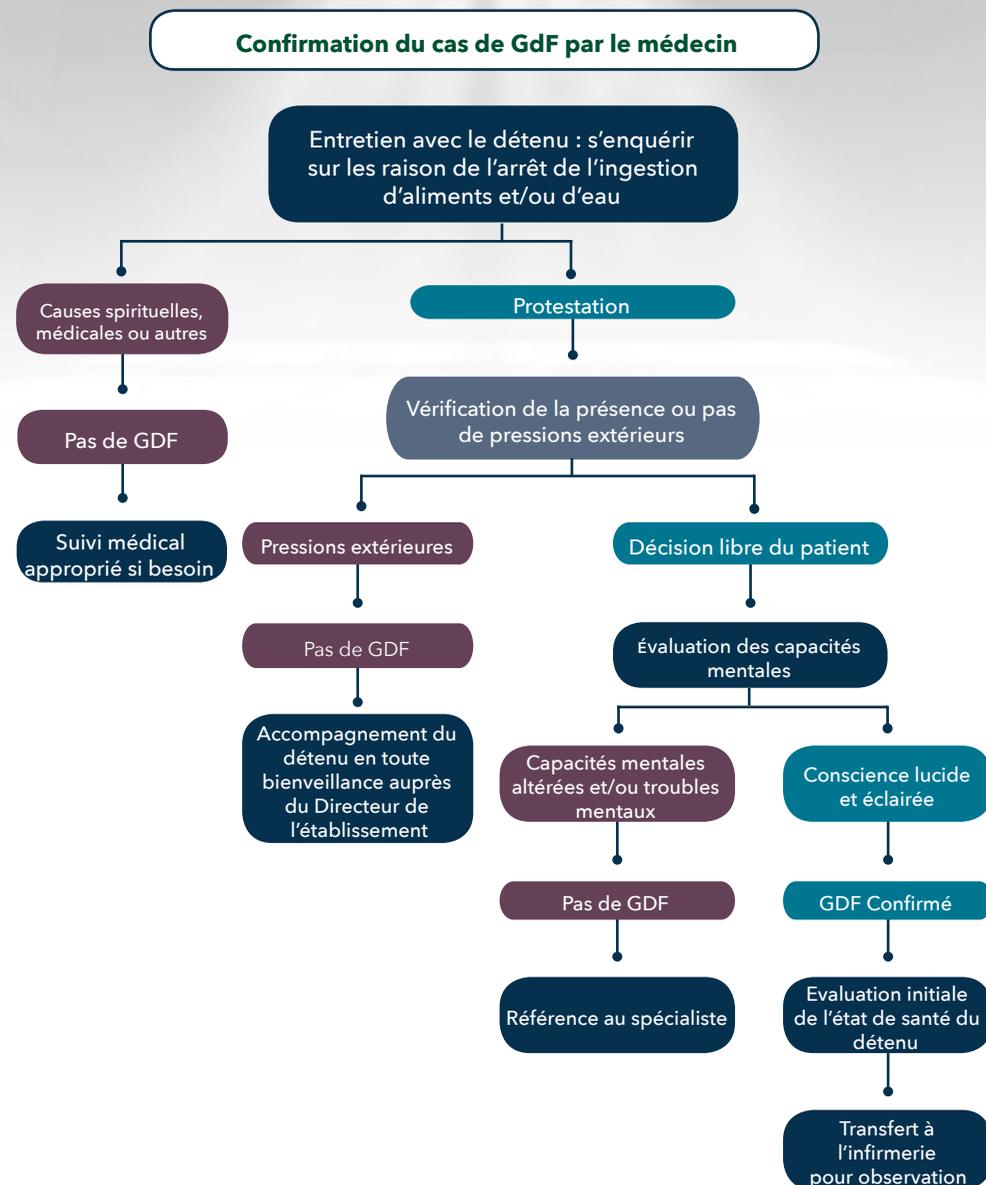


Figure 2 : Le médecin confirme qu'il s'agit bien d'une GdF

8- Déclaration de Malte, art. 3

9- Déclaration de Malte, art. 9

10-Déclaration de Malte, art. 15

## Le médecin doit :

- Ecouter les raisons données pour justifier le refus de s'alimenter ou de s'hydrater, afin d'exclure des causes somatiques (qui seront néanmoins à prendre en charge de manière appropriée si besoin), spirituelles, ou autres.
- S'assurer que la GdF résulte d'une décision libre du patient, sans pressions extérieures.
- Ecarter un diagnostic de maladie mentale ou de troubles neurologiques<sup>11</sup>. Si le médecin soupçonne que la GdF est provoquée ou aggravée par une maladie mentale, il orientera le patient le plus rapidement possible vers un spécialiste.

Si le refus de s'alimenter n'est pas une décision libre, exprimée par un détenu en état de conscience lucide et éclairé, et motivée par une/des protestation/s ou revendication/s clairement définies, il ne s'agit pas d'une GdF. Le médecin doit donc suivre le patient normalement, hors du cadre légal et éthique décrit dans ces procédures.

Si le médecin constate que le détenu a pris une décision volontaire, en état de conscience lucide et éclairé, et motivée par des protestations bien définies, il doit :

1. Décrire son propre rôle dans l'intérêt de la santé du patient, et le rassurer qu'il respectera son autonomie. Le médecin conseillera le gréviste sur comment maintenir au mieux sa santé physique et mentale malgré le jeûne prolongé, et réduire et retarder au maximum la survenue des complications les plus sévères, irréversibles et létales. Il offrira son assistance sans l'imposer ; un refus d'accepter certaines interventions ne doit pas nuire à d'autres formes de soins, comme le traitement d'une infection ou de douleurs.
2. Identifier les cas à risque élevé à travers un historique médical détaillé et un examen physique approfondi du gréviste de la faim :
  - 2.1. Type de GdF : la décision d'un gréviste de refuser l'ingestion d'eau ou d'interrompre la prise de médicaments essentiels au cours de sa GdF doit être considérée comme une urgence car pouvant engager le pronostic vital dans l'espace de quelques jours.
  - 2.2. Facteurs intrinsèques (antécédents médicaux) : insuffisance rénale ou hépatique, diabète ou autre maladies métaboliques, maladies

11- Déclaration de Malte, art. 10 : « Les médecins doivent évaluer les capacités mentales des personnes qui souhaitent entamer une grève de la faim. Cela suppose de vérifier que les personnes qui souhaitent jeûner ne présentent pas de troubles mentaux qui pourraient les empêcher de prendre des décisions éclairées au sujet de leur santé. Les personnes dont les capacités mentales sont gravement compromises pourraient ne pas être à même d'évaluer les conséquences de leurs actes si elles entamaient une grève de la faim. Les personnes dont les troubles mentaux sont curables devraient être aiguillées vers les soins nécessaires et recevoir un traitement adapté. Les personnes dont les troubles sont incurables, y compris une grave incapacité à apprendre ou une démence avancée doivent recevoir un traitement et un appui qui leur permette de prendre des décisions compatibles avec leurs aptitudes. » A noter, la capacité de discernement doit être évaluée de manière systématique et répétée.

cardio-vasculaires, grossesse, ulcère gastrique ou gastroduodéal, épilepsie.

- 2.3. Facteurs extrinsèques (non-médicaux) : éloignement de l'établissement pénitentiaire d'une structure hospitalière pouvant prodiguer des soins d'urgence, présence de multiples cas de GdF, etc.

Les implications médicales de toute pathologie préexistante doivent être expliquées à la personne, ainsi que l'impact des facteurs extrinsèques.

3. S'assurer que le gréviste de la faim comprend les conséquences possibles du jeûne sur sa santé, en les lui expliquant en langage clair. Il convient également de discuter de la gestion de futurs symptômes, y compris ceux qui sont liés à des pathologies préexistantes.

3.1. Les complications principales dans les premières semaines de jeûne peuvent être : déshydratation, sensation de faim au début de la GdF puis perte de l'appétit, irritabilité, céphalées, étourdissements, apathie, difficultés de se mettre debout et de marcher, dysurie, anxiété, insomnie, constipation, douleur abdominale, hypotension artérielle, ulcère et douleurs peptiques, coliques nephretiques, tristesse, nausées, altérations métaboliques<sup>12</sup> (augmentation de triglycérides et cholestérol VLDL).

3.2. Les complications principales dans une GdF prolongée sont : douleurs thoraciques et abdominales<sup>13</sup>, céphalées, risques infectieux, insuffisance rénale, lithiases rénales, altérations du rythme cardiaque (augmentation de l'espace QRS et intervalle PR)<sup>14</sup>, troubles oculaires (nystagmus, paralysie, œdème papillaire, hémorragies du fond d'œil), état confusionnel et altérations de la conscience, carences vitaminiques (symptômes dermatologiques, Gayet Wernicke, Wernicke-Korsakoff), AVC, ulcères gastroduodéaux, manifestations neurologiques<sup>15</sup> (ataxie, contractures extrapyramidales), troubles du sommeil, changements comportementaux<sup>16</sup> (impulsivité et agressivité).

Conformément aux bonnes pratiques relatives au consentement dans les soins de santé, le médecin doit s'assurer que le patient comprend bien les informations qui lui sont données en les lui faisant répéter,<sup>17</sup> si nécessaire.

12- Effect of prolonged fasting on plasma lipids, lipoproteins and apolipoprotein B in 12 physicians participating in a hunger strike: an observational study. Fainaru M1, et al., Isr Med Assoc J. 2000 Mar;2(3):215-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10774270>

13- Security Hunger-Strike Prisoners in the Emergency Department: Physiological and Laboratory Findings. Gordon D et al., J Emerg Med. 2018 Aug;55(2):185-191. doi: 10.1016/j.jemermed.2018.04.055. Epub 2018 May 30. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29858143>

14- Effect of hunger strike on electrocardiographic parameters., Hobiko lu GF et al, Turk Kardiyol Dern Ars. 2019 Jul;47(5):379-383. doi: 10.5543/tkda.2018.57794. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31311905>

15- Neurological complications of prolonged hunger strike. Ba o lu M et al., Eur J Neurol. 2006 Oct;13(10):1089-97. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16987161>

16- The implications of starvation induced psychological changes for the ethical treatment of hunger strikers. Fessler DM. J Med Ethics. 2003 Aug;29(4):243-7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12930863>

17- Déclaration de Malte, art. 11

4. Déterminer les paramètres anthropomorphiques et les indicateurs de santé de base au début de la GdF, à suivre et à enregistrer régulièrement par la suite :

4.1. Poids

4.2. Indice de masse corporelle IMC (kg/m<sup>2</sup>)

4.3. Signes éventuels de déshydratation (sécheresse buccale, débit urinaire réduit et concentration des urines, etc.)

4.4. Rythme cardiaque

5. Si les résultats des analyses sanguines figurant dans le dossier médical du patient datent de plus de 6 mois, ou si le médecin l'estime nécessaire, proposer au patient des examens complémentaires : ECG, hémogramme, ionogramme, fonction rénale, glycémie, analyse des urines (recherche de cétonurie). Les résultats de ces examens doivent être communiqués au patient, qui sera informé des risques surajoutés par la perturbation des indicateurs.

6. Fournir des recommandations visant à prévenir les effets négatifs et à renforcer le lien thérapeutique :

6.1. L'alimentation fait partie intégrante du fonctionnement corporel : lorsqu'une personne ne mange pas, même pendant une courte période, les différents systèmes de l'organisme ne fonctionnent pas correctement et il est très difficile du point de vue médical de suppléer au manque nutritionnel.

6.2. Afin de réduire ou différer les risques pour la santé, il est essentiel que le gréviste augmente la quantité d'eau ingérée quotidiennement (au moins 3l/jour) et maintienne une activité physique quotidienne.

6.3. Du point de vue médical, aucun supplément nutritif n'est nécessaire dans les deux premières semaines, mais le patient peut se sentir libre d'en demander s'il le souhaite. Si le patient ajoute du sucre à l'eau, le médecin doit l'informer du risque d'une possible augmentation de la sensation de faim au cours de la GdF et du risque de déséquilibres glycémiques dans le long terme. À noter que la consommation de suppléments ne signifie par l'arrêt de GdF.

6.4. Dans l'intérêt du patient la GdF doit être résolue le plus tôt possible ; dans le cas contraire le médecin se chargera en temps opportun d'accompagner le gréviste en lui conseillant la prise des suppléments nutritifs qui n'interrompent pas la GdF mais peuvent en réduire/différer les conséquences délétères pour la santé.

Répondre à toute question médicale posée par le patient avec la franchise et clarté permises par les connaissances médicales existantes<sup>18</sup>.

À la suite de la première rencontre et de l'évaluation effectuée, le médecin doit :

- Consulter l'algorithme décisionnel plus bas (Figure 4 : Classification du niveau de risque du patient et conduite à tenir) afin d'identifier le profil de risque individuel du patient et déterminer la conduite à tenir. La classification du profil individuel de risque médical permet un flux informationnel clair entre les intervenants non-médicaux, dans le respect des principes de confidentialité médicale, et favorise la prise de décision médicale sur les besoins de suivi.
- Rédiger, en plus du dossier médical habituel, un rapport médical indiquant le niveau de risque individuel compréhensible aux non-médicaux (ex : préexistence des facteurs de risques, GdF sans ingestion d'eau, patient mineur, femme, ou âgé de plus de 65 ans, etc.). Ce rapport doit être inclus dans le dossier administratif de la GdF et ne doit pas contenir d'informations médicales confidentielles. Le médecin respecte ainsi son devoir de décrire aux intervenants non-médicaux les notions essentielles concernant les risques encourus par un détenu en GdF, tout en respectant la confidentialité médicale due au gréviste. Le médecin de l'établissement pénitentiaire doit expliquer au détenu son obligation de partager certaines informations médicales le concernant avec l'autorité judiciaire compétente et éventuellement avec le CNDH.
- Déterminer et communiquer à l'équipe médicale le niveau de surveillance nécessaire au patient jusqu'à la prochaine évaluation.

Le suivi du patient en GdF doit inclure l'observation du patient à l'infirmerie, afin de mieux suivre l'état de santé et les signes vitaux du gréviste, mais aussi pour des éléments pratiques d'organisation administrative (éviter les pressions de codétenus mais aussi faciliter le suivi médical en réduisant la distance avec le personnel soignant). Au vu des différences entre les infrastructures de chaque établissement, ces principes (protection du gréviste des pressions et facilitation du suivi médical) devront être adaptés aux infrastructures existantes, selon les indications du médecin.

18- Voir fiche Q&A en Annexe

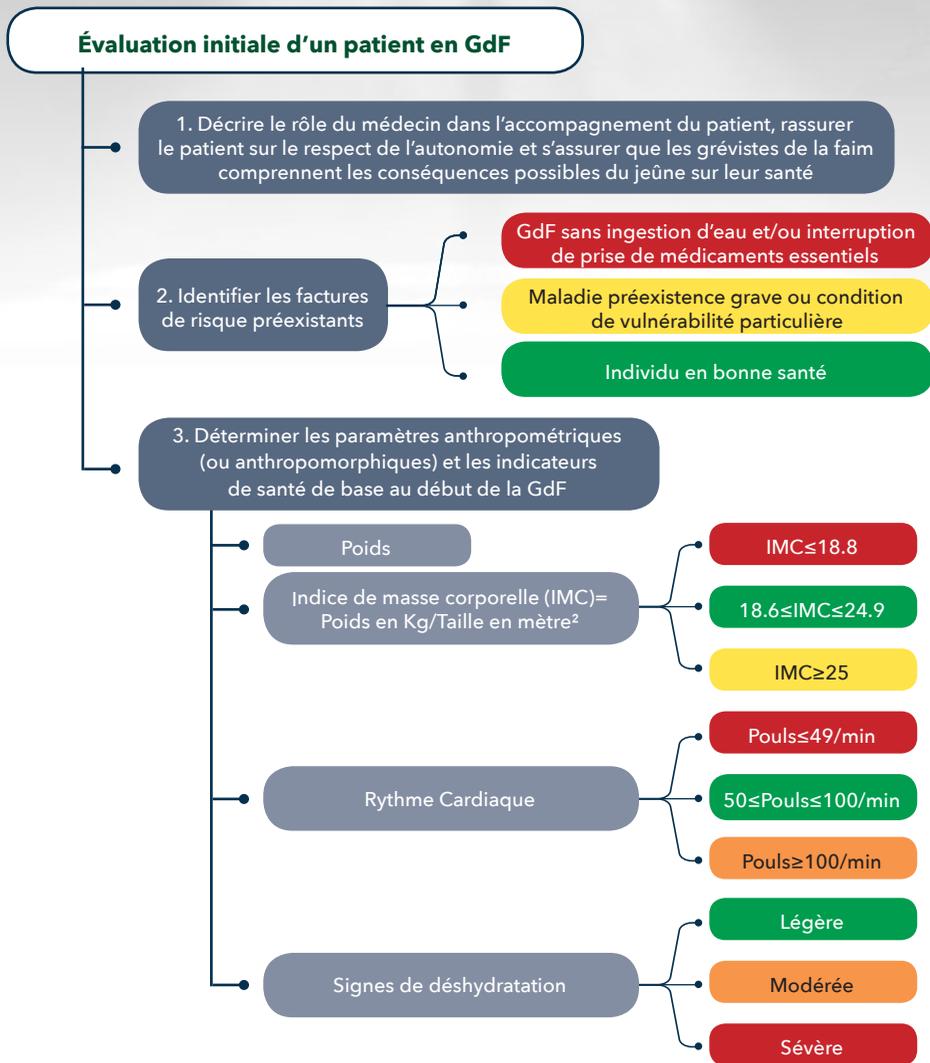


Figure 3 : Le médecin procède à une évaluation pour déterminer le niveau de risque du patient

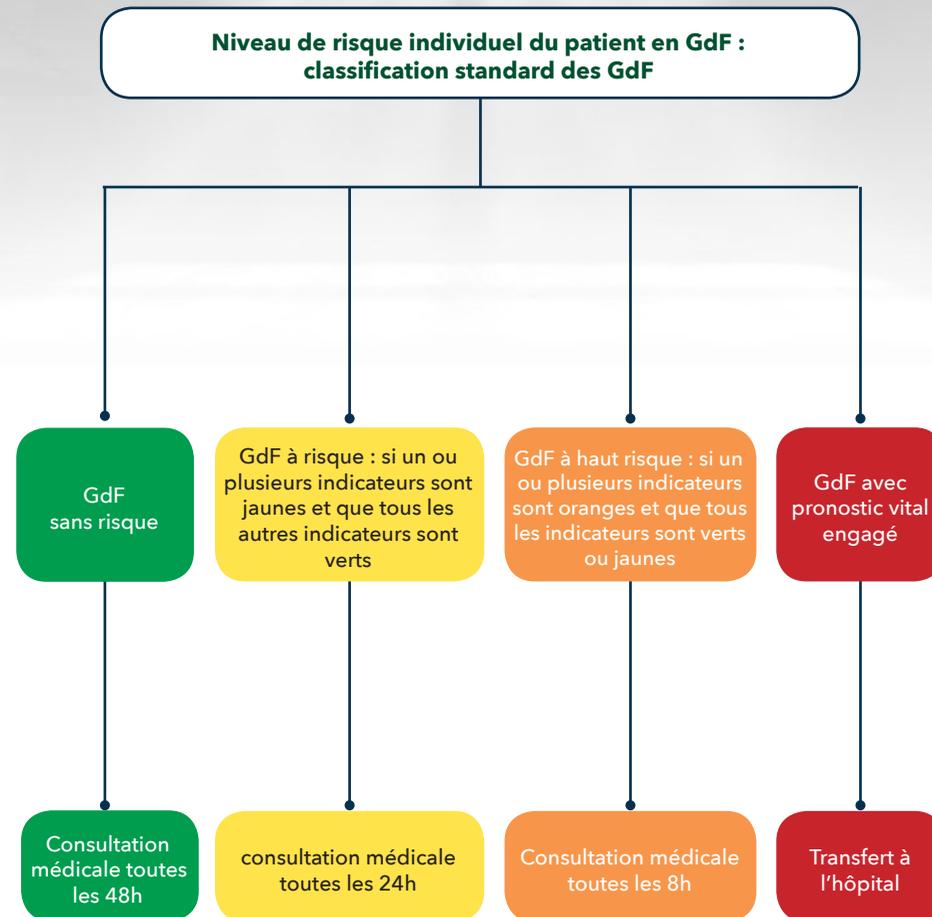


Figure 4 : Classification du niveau de risque du patient et conduite à tenir

## Conduite à tenir en cas de refus d'intervention médicale

Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché lors de tout acte préventif, diagnostic ou thérapeutique, compte tenu des informations fournies sur sa santé. Le consentement peut être exprimé par écrit ou tacitement. Il peut être retiré à tout moment par un patient lucide et éclairé<sup>19</sup>.

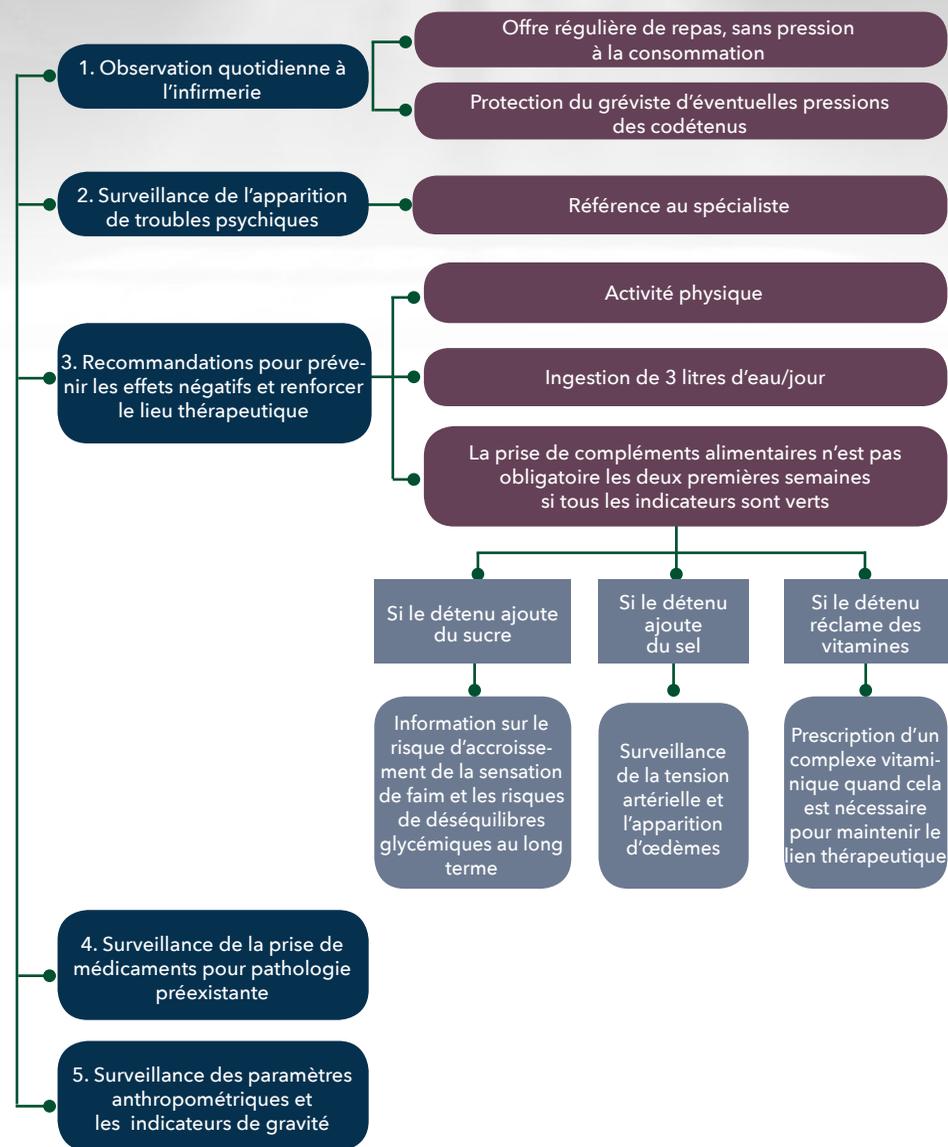
Les médecins doivent respecter l'autonomie des patients en ne passant pas outre les décisions que ceux-ci ont prises volontairement et en connaissance de cause, alors qu'ils étaient en possession de tous leurs moyens. Dans le contexte des GdF, cela revient à dire que les médecins doivent respecter le refus des grévistes de s'alimenter. Il est important que les médecins expliquent précisément aux grévistes de la faim les conséquences possibles sur leur santé d'un jeûne prolongé, et leur donnent des conseils sur les manières d'en différer et minimiser les effets néfastes. Ni consentement ni refus ne sont valables s'ils résultent de mesures de contrainte.

En cas de refus de collaboration au cours de l'examen médical, de refus à communiquer avec l'équipe médicale, ou de refus des conseils ou des traitements proposés, le médecin doit néanmoins poursuivre l'objectif d'établir un lien de confiance avec le patient à travers des visites régulières, l'écoute et, si possible, la résolution des causes de la méfiance. Le médecin doit effectuer et enregistrer une évaluation visuelle de l'état du patient, et l'offre diagnostic ou thérapeutique doit être régulièrement reproposée.

Il est essentiel de tenir compte du fait qu'un refus d'accepter certaines interventions ne doit pas nuire à d'autres formes de soins. Cela signifie qu'un médecin ne devrait jamais abandonner un patient en raison de son refus d'un aspect proposé : un lien thérapeutique partiel reste toujours meilleur que l'absence de lien thérapeutique.

19- Art 38 « Consentement du patient » Nouveau Code de Déontologie médicale, adopté par l'assemblée générale de l'Ordre national des médecins le 07/04/2018 [http://cromc.ma/wp-content/uploads/2017/11/Envoi.Avant-Projet\\_1\\_du\\_CODE\\_DE-DEONTOLOGIE\\_du\\_29.09.17.pdf](http://cromc.ma/wp-content/uploads/2017/11/Envoi.Avant-Projet_1_du_CODE_DE-DEONTOLOGIE_du_29.09.17.pdf)

## Fiche de surveillance de la GDF à l'infirmierie



La figure 5 Le médecin assure un suivi régulier du gréviste de la faim et développe un lien de confiance thérapeutique.

## Suivi des cas

Exclusion faite pour les cas à risque et à haut risque qui peuvent nécessiter une surveillance intensifiée dès les premiers jours, tout autre cas peut être revu par le médecin chaque 48h. La fréquence des entretiens médicaux dans les premiers jours d'une GdF peut en revanche être augmentée ou réduite selon l'évaluation individuelle du cas afin d'optimiser le lien thérapeutique et assurer la détection précoce des signes de détérioration.

Si le gréviste de la faim y consent, un examen médical devrait être pratiqué régulièrement<sup>20</sup>. Lors des entretiens médicaux, le médecin doit assurer la surveillance et le maintien du lien thérapeutique :

1. Identifier et enregistrer les signes et symptômes présentés, procéder à l'examen clinique orienté en fonction des plaintes ou des possibles complications, et offrir au patient conseils et/ou médicaments en cas de besoin.
2. Déterminer les paramètres anthropomorphiques et les indicateurs de santé de base au début de la GdF, à enregistrer et suivre régulièrement et selon le niveau du risque par la suite :
  - 2.1. Poids
  - 2.2. Indice de masse corporelle IMC (kg/m<sup>2</sup>) et changement en pourcentage par rapport à l'IMC du début
  - 2.3. Signes éventuels de déshydratation (sécheresse buccale, débit urinaire réduit et concentration des urines, etc.)
  - 2.4. Rythme cardiaque
3. Fournir des recommandations visant à prévenir les effets négatifs et à renforcer le lien thérapeutique :
  - 3.1. Afin de réduire ou différer les risques pour la santé, il est essentiel que le gréviste augmente la quantité d'eau ingérée quotidiennement et qu'il maintienne une activité physique quotidienne.
  - 3.2. Du point de vue médical, aucun supplément nutritionnel n'est nécessaire dans les deux premières semaines, mais le patient peut se sentir libre d'en demander s'il le souhaite. Si le patient ajoute du sucre à l'eau, le médecin doit l'informer qu'il existe un risque d'augmentation de la sensation de faim au cours de la GdF et de déséquilibres glycémiques à long terme.

3.3. Dans l'intérêt du patient la GdF doit être résolue le plus tôt possible; en cas contraire, le médecin se chargera en temps opportun d'accompagner le gréviste avec conseil des suppléments nutritionnels qui n'interrompent pas la GdF mais peuvent réduire/différer ses risques pour la santé.

4. Rester attentif à l'apparition d'éléments évoquant un trouble psychique, et référer aux spécialistes en cas de doute.
5. Répondre à toute question médicale posée par le patient avec la franchise et clarté permises par les connaissances médicales existantes<sup>21</sup>.

### Et à nouveau :

- Consulter l'algorithme décisionnel (Figure 4 : Classification du niveau de risque du patient et conduite à tenir) afin d'identifier le profil de risque individuel du patient et adapter si besoin la conduite à tenir.
- Chaque semaine, rédiger, en plus du dossier médical habituel, un rapport médical compréhensible aux intervenants non-médicaux (ex : GdF à haute risque, GdF à risque, etc) à inclure dans le dossier administratif de la GdF.
- Déterminer et communiquer à l'équipe médicale le niveau de surveillance nécessaire au patient jusqu'à la prochaine évaluation.

A noter que le médecin doit évaluer régulièrement l'opportunité de réitérer les informations, éclaircissements, et rassurance du respect de l'autonomie et de l'intérêt supérieur du patient mentionné dans les principes d'actions et dans l'évaluation initiale.

20- Déclaration de Malte, art. 12

21- Voir fiche Questions & Réponses en Annexe

## Surveillance des paramètres anthropométriques et des indicateurs de santé

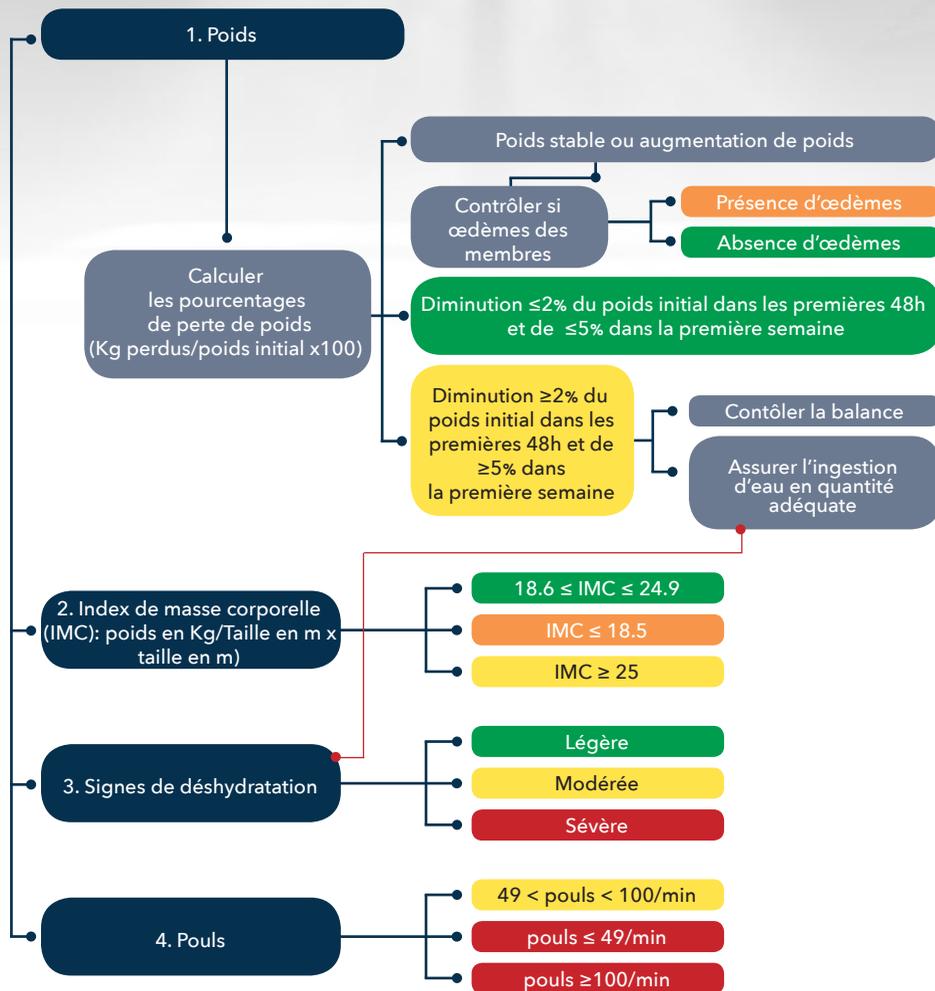


Figure 6 : Le médecin surveille l'évolution des signes vitaux et des indicateurs anthropométriques.

### Suivi pour les cas ayant perdu moins de 5% de leur poids initial, et sans signes de gravité

Ces cas ne représentent pas d'urgence médicale, et demandent plutôt un suivi administratif et judiciaire.

Le médecin peut être satisfait de l'efficacité de son lien de communication avec le patient, et le féliciter pour sa capacité à se maintenir en bonne santé. Le médecin doit :

1. Expliquer au patient que ses indicateurs médicaux sont stables, et qu'il sera désormais vu tous les 3-4 jours. La surveillance médicale peut être réduite au contrôle des indicateurs (poids, pouls, signes de déshydratation) chaque 72-96 h, afin de pouvoir détecter précocement d'éventuelles modifications dans le temps.
2. Proposer au patient une rencontre avec l'assistant social ou le psychologue, pour qu'il puisse discuter davantage de sa décision de GdF.
3. Répondre à toute question médicale posée par le patient avec la franchise et clarté permises par les connaissances médicales existantes<sup>22</sup>. Cela pourrait inclure l'explication au patient que les résultats actuels de ses indicateurs excluent une GdF à risque élevé, en évitant de pousser le patient dans une position plus radicale.

### Suivi pour les cas ayant perdu entre 5% et 10% de leur poids initial ou présentant des signes de gravité modérés

En plus de toute intervention effectuée et répétée au cours des semaines précédentes, le médecin doit :

1. Augmenter la fréquence des entretiens médicaux.
2. Proposer au patient des examens complémentaires : ECG, hémogramme, ionogramme, (fonction rénale, glycémie) et analyse des urines. Les résultats de ces examens doivent être communiqués au patient, qui sera informé sur les risques surajoutés par la perturbation des indicateurs.
3. Expliquer comment réduire ou différer les risques pour la santé d'une GdF prolongée, par exemple en conseillant :
  - 3.1. Sel 5gr/jour, à adapter selon la capacité d'ingestion d'eau, les variations de la perception du goût de l'eau, des éventuels signes de déshydratation.
  - 3.2. Vit B1 (thiamine) : la dose recommandée (RDA) chez l'individu en bonne santé est de 1.5mg par jour. Une étude existante sur des cas de GdF prolongée recommande l'ingestion quotidienne de 200-600mg/jour<sup>23</sup>.

22- Voir fiche Questions & Réponses en Annexe

23- Neurological complications of prolonged hunger strike. Baoulu M et al., Eur J Neurol. 2006 Oct;13(10):1089-97. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16987161>

3.3. Vit B9 (acide folique) : la dose recommandée (RDA) chez l'individu en bonne santé est de 330 microgrammes par jour. La pratique courante chez le malnutri sévère est de prescrire 5mg/jour.

3.4. En cas d'apparition des crampes musculaires, 20mg de potassium/jour.

3.5. Magnésium, calcium ou Vit B12 en cas de carence identifiée au bilan sanguin.

4. Répondre à toute question médicale posée par le patient avec la franchise et clarté permises par les connaissances médicales existantes<sup>24</sup>.

#### Et à nouveau :

- Consulter l'algorithme décisionnel (Figure 4: Classification du niveau de risque du patient et conduite à tenir) afin d'identifier le profil de risque individuel du patient et ajuster au besoin la conduite à tenir.
- Chaque semaine, rédiger, en plus du dossier médical habituel, un rapport médical compréhensible aux non-médicaux (ex : GdF à haute risque, GdF à risque, etc.) à inclure dans le dossier administratif de la GdF.
- Si nécessaire, rédiger un rapport sur le changement du niveau de risque pour le CNDH, la famille et le Parquet.
- Déterminer et communiquer à l'équipe médicale le niveau de surveillance nécessaire au patient jusqu'à la prochaine évaluation.

#### Suivi pour les cas ayant perdu $\geq 10\%$ de leur poids initial ou présentant des signes de gravité sévères

Ces patients présentent une détérioration importante de leur état de santé médical, et des complications médicales nécessitant davantage d'attention de l'équipe médicale, en outre de la direction de l'établissement.

En plus de toute intervention effectuée et répétée au cours des jours précédentes, le médecin doit :

1. Répéter les étapes identifiées dans l'évaluation initiale, y compris la réévaluation des conditions de compétence, de motivation et de liberté de la décision de GdF.
2. Expliquer au patient la gravité de sa condition, et démontrer la fiabilité de son support à travers l'analyse des symptômes déjà présentés.
3. Répéter les possibles conséquences d'une prolongation ultérieure de sa GdF, en expliquant la gravité voire même l'irréversibilité de certaines

complications: douleur thoracique et abdominales<sup>25</sup>, céphalées, risques infectieux, insuffisance rénale, lithiases rénales, altérations du rythme cardiaque (augmentation de l'espace QRS et intervalle PR)<sup>26</sup>, troubles oculaires (nystagmus, paralysie, œdème papillaire, hémorragies du fond d'œil), état confusionnel et altérations de la conscience, carences vitaminiques (symptômes dermatologiques, Gayet Wernicke, Wernicke-Korsakoff), AVC, ulcères gastroduodénaux, manifestations neurologiques<sup>27</sup> (ataxie, contractures extrapyramidales), troubles du sommeil, changement comportementaux<sup>28</sup> (impulsivité et agressivité).

4. Proposer au patient des examens complémentaires : ECG, hémogramme, ionogramme, fonction rénale, glycémie, analyse des urines. Les résultats de ces examens doivent être communiqués au patient, qui sera informé sur les risques surajoutés par la perturbation des indicateurs.

5. Expliquer comment réduire ou différer les risques pour la santé d'une GdF prolongée, par exemple en conseillant:

5.1. 5gr de sel par jour, à adapter selon la capacité d'ingestion d'eau, les variations de la perception du goût de l'eau et des éventuels signes de déshydratation.

5.2. Vit B1 (thiamine) : la dose recommandée (RDA) chez l'individu en bonne santé est de 1.5mg par jour. Une étude existante sur des cas de GdF prolongée recommande l'ingestion quotidienne de 200-600mg/jour<sup>29</sup>.

5.3. Vit B9 (acide folique) : la dose recommandée (RDA) chez l'individu en bonne santé est de 330 microgrammes par jour. La pratique courante chez le malnutri sévère est de prescrire 5mg/jour.

5.4. En cas d'apparition de crampes musculaires, prescrire 20mg de potassium/jour.

5.5. Magnésium, calcium ou Vit B12 en cas de carence identifiée au bilan sanguin.

6. Expliquer au patient la nécessité de le référer à l'hôpital en cas de détérioration ultérieure.

7. Répondre à toute question médicale posée par le patient avec la franchise et clarté permises par les connaissances médicales existantes<sup>30</sup>.

25- Security Hunger-Strike Prisoners in the Emergency Department: Physiological and Laboratory Findings. Gordon D et al., J Emerg Med. 2018 Aug;55(2):185-191. doi: 10.1016/j.jemermed.2018.04.055. Epub 2018 May 30. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29858143>

26- Effect of hunger strike on electrocardiographic parameters., Hobiko lu GF et al, Turk Kardiyol Dern Ars. 2019 Jul;47(5):379-383. doi: 10.5543/tkda.2018.57794. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31311905>

27- Neurological complications of prolonged hunger strike. Ba o lu M et al., Eur J Neurol. 2006 Oct;13(10):1089-97. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16987161>

28- The implications of starvation induced psychological changes for the ethical treatment of hunger strikers. Fessler DM. J Med Ethics. 2003 Aug;29(4):243-7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12930863>

29- Neurological complications of prolonged hunger strike. Ba o lu M et al., Eur J Neurol. 2006 Oct;13(10):1089-97. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16987161>

30- Voir fiche Q&A en Annexe \*\*

24- Voir fiche Questions & Réponses en Annexe

## Et à nouveau :

- Consulter l'algorithme décisionnel (Figure 4 : Classification du niveau de risque du patient et conduite à tenir) afin d'identifier le profil de risque individuel du patient et ajuster au besoin la conduite à tenir.
- Chaque semaine, rédiger, en plus du dossier médical habituel, le rapport médical compréhensible aux non-médicaux (ex : GdF à haut risque, GdF à risque, etc) à inclure dans le dossier administratif de la GdF.
- Si nécessaire, rédiger un rapport sur le changement du niveau de risque pour le CNDH, la famille et le Parquet.
- Déterminer et communiquer à l'équipe médicale le niveau de surveillance nécessaire au patient jusqu'à la prochaine évaluation.

## Transfert à l'hôpital

Le médecin de l'établissement pénitentiaire est responsable d'évaluer la nécessité de transfert du patient à l'hôpital, d'informer la Direction de l'établissement, et de coordonner le transfert avec le point focal de l'hôpital et/ou de la délégation régionale de la santé, selon les nécessités médicales et l'urgence du cas.

Le patient en GdF peut être référé temporairement à l'hôpital pour des examens diagnostiques ou des visites spécialisées selon les pratiques déjà en vigueur pour tous les patients. Cela ne constitue pas un transfert mais une référence pour avis médical, et ne nécessite pas de procédure différente des procédures standards déjà en place.

En cas d'urgence, le patient en GdF doit être transféré à la structure sanitaire adéquate dans les plus brefs délais et en suivant les mêmes procédures standards déjà en place pour tout transfert d'urgence.

Le transfert à l'hôpital doit être décidé en fonction d'indications strictement médicales, y compris la protection du bien-être psychologique du détenu. Les cas de grève de la faim présentant l'un des signes suivants doivent être transférés à l'hôpital et y rester jusqu'à la résolution du danger ou la disparition du risque :

- Perte de poids de plus de 15% du poids initial ou IMC (indice de masse corporelle) inférieur à 16.5

et/ou

- Signes de gravité :
  - o Troubles de la conscience
  - o Signes d'insuffisance cardiaque ou rénale (dyspnée, œdèmes)
  - o Signes de déshydratation sévère (hypotension orthostatique avec différence entre les tensions systoliques en position allongée et debout de plus de 25mmHg)
  - o Bradycardie sévère (moins de 50 battements/minute)
  - o Signes d'encéphalopathie de Gayet-Wernicke : asthénie progressive et somnolence, ophtalmoplégie et manifestations neurologiques

Le médecin de l'établissement pénitentiaire prépare un certificat médical non détaillé, sans mention d'informations relevant du secret médical, destiné aux autorités administratives et judiciaires et au CNDH ainsi qu'un rapport médical confidentiel détaillé pour les collègues hospitaliers. (Voir en Annexe)

Le médecin de l'établissement pénitentiaire reste disponible à la communication avec les collègues hospitaliers, afin d'assurer la continuité des soins dans l'intérêt supérieur du patient et le bon fonctionnement des structures respectives.

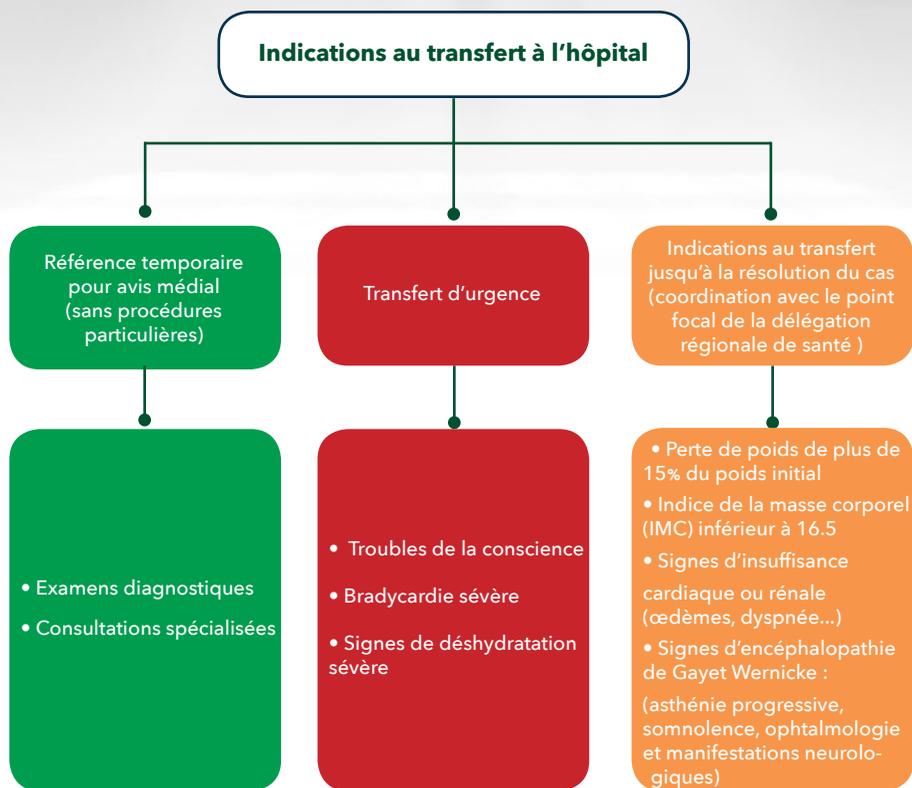


Figure 7 : Le médecin détermine la nécessité d'une référence ou d'un transfert à l'hôpital

### Arrêt de GdF : conduite à tenir pour prévenir, détecter et traiter le syndrome de renutrition

Le syndrome de renutrition (ou syndrome de renutrition inapproprié - SRI) regroupe l'ensemble des manifestations adverses qui surviennent lors de la renutrition des patients dénutris ou ayant subi un jeûne prolongé. Il résulte des ajustements physiologiques qui permettent à l'organisme de survivre au jeûne, mais qui peuvent causer de sévères troubles métaboliques lors de la renutrition. Il survient dès les premiers jours de la renutrition, et sans détection rapide et prise en charge correcte, il peut aboutir au décès.

Le SRI reste méconnu et il est essentiel d'y penser avant la détérioration rapide des patients. Il convient donc de bien connaître ses principaux symptômes et signes cliniques, qui apparaissent durant les tous premiers jours de la renutrition :

- Signes gastroentérologiques notamment les diarrhées mais aussi : douleurs abdominales, constipation, nausées, vomissements
- Insuffisance cardiaque congestive, arythmies
- Insuffisance respiratoire
- Signes neurologiques : crise convulsive, confusion mentale, ataxie, paresthésies, tremblements
- Douleurs musculaires, crampes, tétanie
- Hémorragies

Une réalimentation prudente et progressive ne met pas le patient complètement à l'abri du SRI, mais permet de l'éviter le plus souvent.

Une fois déclaré, le SRI demande une prise en charge précoce et agressive, impérativement en milieu hospitalier. Il est donc essentiel de déterminer le niveau de risque de chaque gréviste afin :

- de prévenir le plus possible sa survenue par une prise en charge nutritionnelle adaptée
- d'assurer l'identification précoce et le transfert hospitalier urgent des cas les plus à risque et des cas déclarés.

La détermination du niveau de risque individuel dépend de l'évaluation des facteurs de risque suivants :

- Facteurs de risque majeurs :
  - o Perte de plus de 15% de son poids dans les 3 - 6 derniers mois
  - o IMC inférieur à 16 kg/m<sup>2</sup>
  - o Présence connue d'hypokaliémie, hypo magnésémie, ou hypophosphatémie

- Facteurs de risque mineurs :
  - o Perte de plus du 10% de son poids dans les 3 - 6 derniers mois
  - o IMC inférieur à 18.5kg/m<sup>2</sup>
  - o Absence d'ingestion de toute nourriture pendant plus de 7 jours
  - o Notion d'utilisation d'insuline, médicaments antiacides ou diurétiques, ou d'abus d'alcool.
  - o Présence d'une infection concomitante

#### Conduite à tenir en fonction des facteurs de risque :

- Absence de facteurs de risque : Il existe un faible risque de développer un syndrome de renutrition. La renutrition peut se faire lentement, avec une alimentation normale, mais l'équipe soignante doit néanmoins être alerte à l'apparition des symptômes et signes du SRI, et connaître la conduite à tenir en rapport.
- 1 facteur de risque mineur mais aucun facteur de risque majeur : Il existe un risque modéré de développer un SRI. La renutrition doit se faire prudemment sous surveillance clinique rapprochée (pouls, respiration, signes digestifs) dans l'infirmerie de la prison, selon le protocole ci-dessous
  - o Restreindre l'apport calorique quotidien à 500Kcal /jour pendant 3 jours, de préférence sous forme d'aliments thérapeutiques spécifiques (lait thérapeutique F75<sup>31</sup>, etc.)
  - o Augmenter progressivement les apports sur deux semaines pour atteindre 30 à 40 Kcal/Kg/jour
  - o Supplémenter systématiquement en Thiamine (500mg/j) et Folate (50mg/j) pendant 3 jours

De plus, les procédures et contacts avec le centre hospitalier de référence doivent être pris pour permettre un transfert hospitalier sans délai en cas de besoin (survenue du SRI).

- 2 facteurs de risque mineurs ou plus, ou 1 facteur de risque majeur ou plus: Il existe un risque élevé de développer un SRI. Le transfert hospitalier est impératif pour une surveillance clinique rapprochée et une renutrition spécialisée.

## 3- Ministère de la Santé

### a) Délégation régionale de la santé

Au niveau de chaque Délégation régionale de la santé, le Point Focal pour les patients détenus est en charge de coordonner le transfert vers la structure hospitalière adéquate et dans les meilleurs délais de tous les cas de GdF présentant les indications d'hospitalisation suivantes :

- Perte de poids égale ou supérieure à 15% du poids original ou IMC (indice de masse corporelle) inférieur à 16.5
- et/ou
- Signes de gravité :
    - o Signes d'insuffisance cardiaque ou rénale (dyspnée, œdèmes)
    - o Signes d'encéphalopathie de Gayet-Wernicke : asthénie progressive et somnolence, ophtalmoplégie et manifestations neurologiques

Si le patient présente des signes qui engagent le pronostic vital en urgence, le médecin de détention procèdera au transfert d'urgence du patient et en informera le Point Focal dans les meilleurs délais.

Le Point Focal est aussi en charge de maintenir une communication régulière avec les autorités pénitentiaires et judiciaires et avec le CNDH à propos du cas, avec le partage d'informations interinstitutionnelles ; cela doit être fait pour une résolution optimale de la grève de la faim et dans le respect des dispositions législatives et éthiques en vigueur de la confidentialité médicale. En particulier, le Point Focal devrait se charger de maintenir les relations avec le Procureur et l'avocat, et de faciliter quand cela est possible la présence du gréviste à son procès. Si les médecins soignants jugent que le patient est dans l'incapacité de se rendre à son procès, le Point Focal est responsable de communiquer au Procureur et à l'avocat l'attestation médicale correspondante.

En cas de besoin, le Point Focal est aussi en charge de contacter d'autres acteurs sanitaires (Ministère de la Santé, Conseil National de l'Ordre des Médecins, sociétés savantes, hôpitaux spécialisés, etc.) dont l'intervention peut apporter un support essentiel dans la meilleure résolution/stabilisation du cas et la prévention des conséquences fatales.

Le Point Focal se chargera également de coordonner le transfert du retour du patient de l'hôpital à l'établissement pénitentiaire après la complète stabilisation du cas. (Voir fiche de contre-transfert en Annexe)

31- Lait spécialement conçu spécialement conçu pour la phase de stabilisation des personnes souffrant de malnutrition aiguë sévère en hospitalisation, contenant 75 kcal pour 100 ml de lait reconstitué.

## b) Hôpital de référence

Les hôpitaux publics peuvent recevoir des patients détenus en GdF dans les cas suivants :

- 1) Référence pour diagnostic ou examen spécialisé, selon les procédures en vigueur pour tous les détenus.
- 2) A travers la coordination du Point Focal de la Délégation régionale de la Santé, pour le transfert de cas présentant des signes de gravité non-urgents.
- 3) En urgence, directement du médecin en charge de l'établissement pénitentiaire.

Quelle que soit la raison et la procédure d'admission, tout patient en GdF doit être pris en charge avec considération des principes généraux mentionnés dans ces lignes directrices et principes d'action suivants :

- Un médecin amené à prendre en charge une personne privée de liberté, doit en tout temps, veiller à la promotion, à la protection et à l'amélioration de sa santé physique et mentale. Il doit veiller à ce que les soins qui lui seront dispensés soient de même qualité que ceux dispensés aux autres patients. Le médecin 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 de sa dignité<sup>32</sup>.
- Tous les médecins ont un devoir éthique dans leurs relations professionnelles avec des personnes vulnérables, même lorsqu'il ne leur est pas demandé de les traiter<sup>33</sup>. Le refus de s'alimenter, de prendre des médicaments ou d'être examiné par un médecin ne peut pas entraîner la fin de la relation thérapeutique, ni le transfert à un établissement pénitentiaire sans capacité médicale adaptée à la gravité du cas.
- La création d'un lien thérapeutique, dans le respect de l'autonomie du patient ainsi que de la confidentialité, est l'objectif médical essentiel dans la prise en charge des GdF. Établir un lien de confiance entre médecins et grévistes de la faim est souvent la clé pour résoudre la situation en respectant les droits de ces derniers et en limitant les conséquences de leur grève sur leur santé. La confiance peut créer des possibilités de résoudre des situations difficiles. La confiance dépend de l'aptitude des médecins à donner de bons conseils et à se montrer francs à l'égard des grévistes de la faim au sujet des limites de ce qu'ils peuvent faire, y compris dans les situations dans lesquelles les médecins ne pourront pas préserver la confidentialité<sup>34</sup>.

32- Le Droit médical. Aspects déontologiques et juridiques de la relation médecin-malade, Belhouss Ahmed, Education Media Event Editeur

33- Déclaration de Malte, Art. 3

34- Déclaration de Malte, Art. 9

- Chaque cas de GdF transféré à l'hôpital présente déjà des signes de gravité qui portent atteinte à sa santé, et le médecin doit faire de son mieux pour prévenir et traiter toute conséquence médicale de la grève. En revanche, une GdF nécessite une prise en charge administrative et judiciaire et les médecins doivent faciliter les interventions des autorités compétentes autant que possible.

Le rapport médical d'admission doit spécifier que le patient admis est un gréviste de la faim et nécessite donc une prise en charge appropriée et multidisciplinaire, avec une attention particulière portée jusqu'à la résolution du cas.

### Evaluation initiale à l'hôpital :

Au risque de forcer le patient à se répéter, le médecin responsable du service d'hospitalisation devra procéder, quand possible, à une première évaluation approfondie, similaire à celle déjà effectuée par le collègue de l'établissement pénitentiaire.

Le médecin doit :

- Ecouter les raisons derrière le refus de s'alimenter ou de s'hydrater, afin d'exclure par exemple des causes somatiques (qui seront néanmoins à prendre en charge de manière appropriée si besoin), spirituelles, ou autres.
- S'assurer que la GdF résulte d'une décision libre du patient<sup>35</sup>, sans pressions extérieures.
- Ecarter un diagnostic de maladie mentale ou de trouble neurologique<sup>35</sup>. Si le médecin soupçonne que la grève de la faim est provoquée ou aggravée par une maladie mentale, il orientera le patient le plus rapidement possible vers un spécialiste.

Si le refus de s'alimenter n'est pas une décision libre, exprimée par un patient en état de conscience lucide et éclairé, et motivée par une/des protestation/s ou revendications clairement définies, il ne s'agit pas d'une GdF. Le médecin doit donc suivre le patient normalement, hors du cadre légal et éthique relatif aux GdF, et notifier cela aux autorités compétentes.

35- Déclaration de Malte, Art. 10 : « Les médecins doivent évaluer les capacités mentales des personnes qui souhaitent entamer une grève de la faim. Cela suppose de vérifier que les personnes qui souhaitent jeûner ne présentent pas de troubles mentaux qui pourraient les empêcher de prendre des décisions éclairées au sujet de leur santé. Les personnes dont les capacités mentales sont gravement compromises pourraient ne pas être à même d'évaluer les conséquences de leurs actes si elles entamaient une grève de la faim. Les personnes dont les troubles mentaux sont curables devraient être aiguillées vers les soins nécessaires et recevoir un traitement adapté. Les personnes dont les troubles sont incurables, y compris une grave incapacité à apprendre ou une démence avancée doivent recevoir un traitement et un appui qui leur permette de prendre des décisions compatibles avec leurs aptitudes. » A noter, la capacité de discernement doit être évaluée de manière systématique et répétée.

Si le médecin constate que le détenu a pris une décision libre, en état de conscience lucide et éclairé, et motivé par des protestations bien définies, le médecin doit :

1. Décrire son propre rôle indépendant, dans l'intérêt de la santé du patient, tout en le rassurant sur le respect de son autonomie. Le médecin conseillera le gréviste sur comment réduire ou différer les risques pour sa santé, et offrira son assistance sans l'imposer. Un refus d'accepter certaines interventions ne doit pas nuire à d'autres formes de soins, comme le traitement d'une infection ou de douleurs.
2. Obtenir un historique médical détaillé et pratiquer un examen approfondi. Les implications médicales de toute pathologie existante doivent être expliquées à la personne.
3. Vérifier les paramètres anthropomorphiques et les indicateurs vitaux, à enregistrer et suivre régulièrement par la suite :
  - 3.1. Poids
  - 3.2. Indice de masse corporelle IMC (kg/m<sup>2</sup>)
  - 3.3. Signes éventuels de déshydratation (sécheresse salivaire, débit urinaire, etc.)
  - 3.4. Rythme cardiaque
4. S'assurer que le gréviste de la faim comprend avoir déjà dépassé le seuil de risque, et prend en compte le risque de futurs symptômes irréversibles, et même de mort.
5. Fournir des recommandations visant à différer ou prévenir les effets négatifs et à renforcer le lien thérapeutique :
  - 5.1. Proposer au patient des examens complémentaires : ECG, hémogramme, ionogramme, fonction rénale, glycémie, analyse des urines. Les résultats de ces examens doivent être communiqués au patient, qui sera informé sur les risques surajoutés par la perturbation des indicateurs.
  - 5.2. Parfois, les grévistes de la faim acceptent une perfusion de solution saline ou d'autres formes de traitement médical. Un refus d'accepter certaines interventions ne doit pas nuire à d'autres formes de soins<sup>36</sup>.
  - 5.3. Proposer (sans imposer) des interventions afin de réduire ou différer les risques pour la santé, comme la réhydratation, la physiothérapie, ou même la nutrition artificielle<sup>37</sup>.

36- Déclaration de Malte, Art. 14

37- Déclaration de Malte, Art. 21. L'alimentation artificielle peut se justifier sur le plan éthique si le gréviste de la faim l'accepte en son âme et conscience. Cependant, conformément à la déclaration de Tokyo de l'AMM, si un prisonnier refuse toute nourriture tout en étant considéré par les médecins comme capable d'exprimer un jugement rationnel et non altéré sur les conséquences de sa décision, il ne doit pas être nourri de manière artificielle. L'alimentation artificielle peut être acceptée si des personnes incapables n'ont pas laissé d'instructions opposées à l'alimentation, afin de préserver leur vie ou pour éviter de graves séquelles irréversibles. L'hydratation rectale ne saurait être utilisée comme thérapie pour la ré-hydratation ou le soutien nutritionnel de patients en période de jeûne.

- 5.4. Discuter confidentiellement de la prise de supplément et/ou des électrolytes, selon les résultats du bilan sanguin, quand cela est possible, ou du maintien des recommandations précédemment suivies :
  - 5.4.1. 5gr de sel par jour, à adapter selon la capacité d'ingestion d'eau, les variations de la perception du goût de l'eau, des éventuels signes de déshydratation.
  - 5.4.2. Vit B1 (thiamine) : la dose recommandée (RDA) chez l'individu en bonne santé est de 1.5mg par jour. Une étude existante sur des cas de GdF prolongée recommande l'ingestion quotidienne de 200-600mg/jour<sup>38</sup>.
  - 5.4.3. Vit B9 (acide folique) : la dose recommandée (RDA) chez l'individu en bonne santé est de 330 microgrammes par jour. La pratique courante chez le malnutri sévère est de 5mg/jour.
  - 5.4.4. En cas d'apparition des crampes musculaires, donner 20 mg de potassium/jour.
  - 5.4.5. Magnésium, calcium ou Vit B12 en cas de carence identifiée au bilan sanguin
6. Répondre à toute question médicale posée par le patient avec la franchise et la clarté permises par les connaissances médicales existantes<sup>39</sup>.

### À la suite de la première rencontre et de l'évaluation effectuée, le médecin doit :

- Rédiger, en plus du dossier médical habituel, un rapport médical compréhensible aux intervenants non-médicaux à envoyer au Point Focal de la Délégation régionale de la Santé, au Directeur de l'établissement pénitentiaire, et au Procureur. Les médecins ont le devoir de décrire aux intervenants non-médicaux les notions essentielles concernant les risques encourus par un détenu en GdF, tout en respectant la confidentialité médicale due au gréviste. Afin de respecter ces deux injonctions, les médecins devront rédiger un rapport médical indiquant le niveau de risque individuel mais sans détails relevant du secret médical. Les médecins du centre hospitalier doivent expliquer au détenu leur devoir de partager certaines informations médicales à son égard avec l'autorité judiciaire compétente.
- Partager avec l'équipe soignante les lignes directrices, et offrir un espace de discussion pour que tout agent médical qui interagit avec le patient soit informé des recommandations. Il peut être émotionnellement difficile d'assister des grévistes de la faim qui ont manifestement donné des instructions précises pour ne pas être soignés.

38- Neurological complications of prolonged hunger strike. Başoğlu M et al., Eur J Neurol. 2006 Oct;13(10):1089-97. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16987161>

39- Voir fiche Questions & Réponses en Annexe

- Se concerter avec des collègues nutritionnistes ou réanimateurs sur la conduite à tenir en cas de variations hémodynamiques et troubles métaboliques relatifs à la malnutrition aiguë ou chronique, selon le cas<sup>40</sup>.

### Conduite à tenir en cas de refus d'intervention médicale

Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché lors de tout acte préventif, diagnostique ou thérapeutique, compte tenu des informations fournies sur sa santé. Le consentement peut être exprimé par écrit ou tacitement. Il peut être retiré à tout moment par un patient lucide et éclairé<sup>41</sup>.

Les médecins doivent respecter l'autonomie des patients en ne passant pas outre les décisions que ceux-ci ont prises volontairement et en connaissance de cause, alors qu'ils étaient en possession de tous leurs moyens. Dans le contexte des grèves de la faim, cela revient à dire que les médecins doivent respecter le refus des grévistes de s'alimenter. Il est important que les médecins expliquent précisément aux grévistes de la faim les conséquences possibles sur leur santé d'un jeûne prolongé, et leur donnent des conseils sur les manières d'en minimiser les effets néfastes. Ni consentement ni refus ne sont valables s'ils résultent de mesures de contrainte.

En cas de refus de collaboration au cours de l'examen médical, de refus de communiquer avec l'équipe médicale, ou de refus des conseils ou des traitements proposés, le médecin doit néanmoins poursuivre l'objectif d'établir un lien de confiance avec le patient à travers des visites régulières, l'écoute et, si possible, la résolution des causes de la méfiance. Le médecin doit effectuer et enregistrer une évaluation visuelle de l'état du patient, et l'offre diagnostique ou thérapeutique doit être régulièrement reproposée.

Il est essentiel de tenir compte du fait qu'un refus d'accepter certaines interventions ne doit pas nuire à d'autres formes de soins. Cela signifie qu'un médecin ne devrait jamais abandonner un patient en raison de son refus d'un aspect proposé : un lien thérapeutique partiel reste toujours meilleur que l'absence de lien thérapeutique.

L'équipe soignante doit se montrer flexible dans la construction d'un lien thérapeutique avec le patient, en lui permettant, quand possible, la désignation d'un médecin de confiance qui pourrait l'accompagner dans ses décisions cliniques et mieux comprendre les modalités de consentement explicite ou implicite du patient, en lui assurant qu'aucun traitement forcé ne lui sera imposé à aucun moment, et que l'équipe soignante lui offrira ses soins dans le

respect de sa vie et sa dignité<sup>42</sup>.

Les grévistes de la faim ne doivent pas être contraints à subir un traitement qu'ils refusent. Préconiser ou procéder à l'alimentation forcée en dépit d'un refus volontaire et éclairé n'est pas justifiable. L'alimentation artificielle du gréviste avec son consentement explicite ou nécessairement implicite est acceptable d'un point de vue éthique<sup>43</sup>.

### Conduite à tenir dans le suivi hospitalier de GdF

Dans le respect des principes généraux et des principes d'actions mentionnés dans ce document, le suivi hospitalier se réalisera avec la même prise en charge de qualité et sera centré sur le patient comme c'est le cas pour tout patient hospitalisé. Le choix du département d'hospitalisation, le recours à des consultations spécialisées (nutritionniste, psychiatre, réanimateur, spécialiste en maladies métaboliques, etc.) et les suivis paramédicaux restent sous la responsabilité de la Direction de l'hôpital avec, en cas de nécessité, le support du Point Focal de la Délégation régionale de la santé.

Les cas de GdF suivis à l'hôpital à cause de perte de poids supérieure à 15% ou la présence de signes de gravité resteront à l'hôpital jusqu'à la résolution complète de leur cas. Cela signifie qu'une décision d'arrêt de GdF implique la résidence du patient à l'hôpital jusqu'à la résolution de tout symptôme aigu et au début de la reprise du poids.

### Conduite à tenir en cas d'aggravation de l'état général du patient

1. **Prévention** : L'objectif de la prise en charge administrative et médicale est avant tout d'éviter le stade de perte de conscience. Une fois ce stade atteint, il est extrêmement difficile d'inverser l'état clinique d'un patient chroniquement et sévèrement malnutri, en arrêt cardiovasculaire. Les autorités médicales, judiciaires et pénitentiaires doivent être informées et bien conscientes de cette limite, et faire de leur mieux pour parvenir à une résolution de la grève avant d'arriver à ce stade.
2. **Intérêt supérieur du patient** : Évaluer l'intérêt supérieur d'un patient revient à concilier les meilleurs résultats médicaux possibles avec les opinions, valeurs et préférences personnelles de l'intéressé. Les médecins sont moralement tenus d'agir dans l'intérêt supérieur des patients ; cela ne signifie toutefois pas qu'ils doivent prolonger la vie à tout prix. Dans certains cas rares et exceptionnels, les médecins

40- Changes in body fluid and energy compartments during prolonged hunger strike. Faintuch J et al., Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo. 2000 Mar-Apr;55(2):47-54. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10959123>  
The impact of prolonged hunger strike: clinical and laboratory aspects of twenty-five hunger strikers. Kirbas D et al., Ideggyogy Sz. 2008 Sep 30;61(9-10):317-24. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18841651>

41- Nouveaux Code de Déontologie médical Marocain, Art 38 « Consentement du patient »

42- Dans le contexte du Royaume, la pratique médicale et l'environnement culturelle ne prévoient pas l'écriture des directives avancées d'un patient, quel que soit son état de santé. De plus, le patient en GdF risque se trouver dans une impasse de confiance pour laquelle la question « est-ce que tu voudras être réanimé en cas de perte de conscience » risque recevoir une réponse négative car vue par le patient dans le contexte d'une négociation avec les autorités, et non pas l'expression libre de son choix.

43- Déclaration de Malte, Art. 4

peuvent ignorer les instructions préalables de refus de traitement, par exemple s'ils pensent que ce refus a été obtenu par contrainte. Si après réanimation et récupération de ses facultés mentales, le gréviste de la faim réitère son intention de maintenir sa grève, sa décision doit être respectée<sup>44</sup>. Si le patient perd conscience, le médecin en charge toutes les mesures d'ordre médical que la situation requiert d'après les règles de l'art médical<sup>45</sup>. Cela signifie qu'il est obligatoire d'évaluer au cas par cas la condition et la volonté profonde du patient et notamment veiller à que son intérêt supérieur prime. Par exemple, si le patient a préalablement refusé l'alimentation mais pas sa prise en charge médicale, en l'absence de directives contraires, aucun obstacle ne se présente à la réanimation cardiovasculaire du patient. Il faut cependant éviter l'acharnement thérapeutique.

**3. Alimentation artificielle, jamais forcée :** L'alimentation artificielle peut se justifier sur le plan éthique si le gréviste de la faim l'accepte en son âme et conscience. L'alimentation artificielle peut être acceptée si des personnes incapables n'ont pas laissé d'instructions opposées à l'alimentation, afin de préserver leur vie ou pour éviter de graves séquelles irréversibles<sup>46</sup>.

**4. Respect du choix autonome du patient :** Si après réanimation et récupération de ses facultés mentales, le gréviste de la faim réitère son intention de maintenir sa grève, sa décision doit être respectée<sup>47</sup>. Conformément à la déclaration de Tokyo de l'AMM, si un prisonnier refuse toute nourriture tout en étant considéré par les médecins comme capable d'exprimer un jugement rationnel et non altéré sur les conséquences de sa décision, il ne doit pas être nourri de manière forcée.

Le médecin n'encourt pas de risque de poursuite pour non-assistance à personne en péril si la procédure décrite ci-dessus a été correctement respectée. La loi pénale oblige les médecins à porter secours à son prochain, mais elle ne va pas jusqu'à imposer de lui faire violence pour le sauver<sup>48</sup>, ce qui constituerait une violation grave de l'éthique médicale voire même un acte de mauvais traitement.

### Conduite à tenir pour prévenir le syndrome de renutrition

Le syndrome de renutrition (ou syndrome de renutrition inapproprié - SRI) regroupe l'ensemble des manifestations adverses qui surviennent lors de la renutrition des patients souffrant de malnutrition et recevant une alimentation artificielle, ou lorsque l'alimentation commence après une période de

malnutrition. Il résulte des ajustements physiologiques qui permettent à l'organisme de survivre au jeûne, mais qui peuvent causer de sévères troubles métaboliques lors de la renutrition. Il survient dès les premiers jours de la renutrition, et sans détection rapide et prise en charge correcte, il peut aboutir au décès. Une fois déclaré, le SRI demande une prise en charge précoce et agressive, impérativement en milieu hospitalier. Une réalimentation prudente et progressive ne met pas le patient complètement à l'abri du SRI, mais permet de l'éviter le plus souvent.

Le SRI est un syndrome complexe où figurent de nombreuses perturbations physiologiques dont l'hypophosphatémie, une perte d'équilibre entre le sodium et les fluides, des changements dans le métabolisme du glucose des protéines et des triglycérides, des carences en vitamines, l'hypokaliémie et l'hypomagnésémie.

Le SRI reste méconnu et il est essentiel d'y penser avant la détérioration rapide de patients : il convient donc de bien connaître les facteurs de risque et les principaux symptômes et signes cliniques, qui apparaissent durant les tous premiers jours de la renutrition.

### Un gréviste doit être considéré à risque de syndrome de renutrition s'il présente :

- Une des caractéristiques suivantes :
  - o Perte de plus du 15% de son poids dans les 3 - 6 derniers mois
  - o IMC inférieur à 16 kg/m<sup>2</sup>
  - o Présence connue d'hypokaliémie, hypomagnésémie, ou hypophosphatémie
- Deux ou plus des caractéristiques suivantes :
  - o Perte de plus du 10% de son poids dans les 3 - 6 derniers mois
  - o IMC inférieur à 18.5kg/m<sup>2</sup>
  - o Absence d'ingestion de n'importe quelle nourriture pendant plus de 7 jours
  - o Notion d'utilisation d'insuline, médicaments antiacides ou diurétiques, ou d'abus d'alcool.
  - o Présence d'une infection concomitante.

### Les principaux symptômes et signes cliniques apparaissent durant les tous premiers jours de la renutrition :

- o Signes gastroentérologiques notamment les diarrhées mais aussi : douleurs abdominales ; constipation ; nausées ; vomissements
- o Insuffisance cardiaque congestive, arythmies
- o Insuffisance respiratoire

44- Déclaration de Malte, Art. 20

45- Nouveaux Code de Déontologie médical Marocain, Art. 39

46- Déclaration de Malte, Art. 21

47- Déclaration de Malte, Art. 20

48 « Le Droit Médical. Aspects déontologiques et juridiques de la relation médecin-malade » Belhous Ahmed, 2017, Education Média Event

## 4 - Ministère Public

- o Signes neurologiques : crise convulsive ; confusion mentale ; ataxie ; paresthésies ; tremblements
- o Douleurs musculaires, crampes, tétanie
- o Hémorragies

Une prise en charge rapide est requise afin d'éviter la dégradation brutale de l'état clinique. Il convient donc d'instaurer une surveillance clinique rapprochée (pouls, respiration, signes digestifs) surtout pendant la première semaine de renutrition, afin d'assurer la détection précoce des symptômes et signes cliniques, et des diverses perturbations biochimiques, métaboliques et hémodynamiques.

### En cas de survenue, il faudra réaliser :

1. Dosage des taux sanguins de potassium, calcium, phosphate et magnésium
2. Administration de
  - a. Vit B1 (thiamine) : 200-300 mg/jour, par voie orale si possible mais intraveineuse si le patient n'arrive pas à avaler des comprimés
  - b. Complexe multivitaminé : par voie orale ou intraveineuse
  - c. Potassium, calcium, phosphate et magnésium selon les résultats de laboratoire
3. Limitation de la quantité des calories ingérées :
  - a. Utilisation d'aliments nutritionnels thérapeutiques adaptés (lait thérapeutique F75<sup>49</sup>, etc.)
  - b. 10 Kcal/kg/jour pendant les 2-3 premiers jours (réduire à 5 kcal/kg/jour si l'IMC est inférieur à 14)
  - c. Augmenter progressivement pendant 4-7 jours, jusqu'à reprise de poids en trois pesées consécutives
  - d. Réintroduction progressive d'une alimentation « normale » et réduction concomitante des aliments thérapeutiques
4. Réhydratation lente, avec précaution
5. Correction et surveillance pendant deux semaines les taux de potassium (2-4 mmol/kg/jour), phosphate (0,3-0,6 mmol/kg/jour), calcium et magnésium (0,2 mmol/kg/jour IV ou 0.4 mmol/kg/jour par voie orale).

### Arrêt de GdF

Le suivi médical doit continuer après l'arrêt de grève de la faim, pour une période variable entre quelques jours et quelques semaines selon la gravité des signes présentés par le patient. Mis à part le syndrome de renutrition, le médecin devrait surveiller l'état psychologique du patient pendant quelques jours, vu le haut risque de troubles liés à une grève prolongée.

49- Lait spécialement conçu spécialement conçu pour la phase de stabilisation des personnes souffrant de malnutrition aiguë sévère en hospitalisation, contenant 75 kcal pour 100 ml de lait reconstitué.

Le Ministère Public est impliqué de manière systématique dans tous les cas de GdF qui ne sont pas résolus à la suite du premier entretien avec le Directeur de l'établissement.

Le représentant du Ministère public visite régulièrement les établissements pénitentiaires, et rencontre tous les grévistes lors de sa visite, dans le respect de la législation en vigueur de l'indépendance de la justice, et du devoir de protection de la vie et de la dignité du patient.

Lorsqu'un détenu, en grève de la faim, demande la rencontre du juge d'instruction, le représentant du Ministère public peut informer ce dernier.

Si le détenu, en grève de la faim, exprime la demande de bénéficier de l'aide juridictionnelle, le représentant du Ministère public l'informe de suivre les procédures suivantes :

- Présenter une demande avec des documents relatifs à la situation financière du demandeur ;
- Après étude de la demande par la commission compétente, le représentant du Ministère public adresse la demande au bâtonnier du barreau concerné

Le Ministère Public reçoit de l'établissement pénitentiaire un rapport hebdomadaire sur les conditions du gréviste, indiquant en particulier si les conditions de santé se détériorent (GdF, GdF à risque, ou GdF à haut risque). Pour faciliter la compréhension des niveaux de risques médicaux, le Parquet peut considérer le schéma suivant :



Figure 8 : Classification du niveau de risque médical d'un gréviste de la faim

Il faut être pleinement conscient que l'état de santé du gréviste de la faim peut progressivement altérer sa capacité à dialoguer et que des comportements hostiles et plus radicaux peuvent se développer physiologiquement lors d'une grève prolongée.

Dans certaines circonstances, cela peut entraver la capacité du détenu à se présenter à son procès. Si le médecin détermine que la présence du détenu à son procès pourrait mettre sa vie en danger ou qu'il n'a pas les facultés nécessaires, il présentera un certificat médical aux autorités judiciaires. Le certificat médical doit être présenté au juge avant ou au plus tard au début de la séance d'audience prévue.

## 5 - CNDH

Le Conseil National des Droits de l'Homme joue un rôle capital dans la protection des Droits de l'Homme au Royaume du Maroc, y compris dans les lieux de détention. A ce titre, le CNDH doit être tenu régulièrement informé des cas de grève de la faim, depuis le début de la grève, ou lors d'un changement du niveau de risque, ou encore de la gestion spécifique du détenu.

Dans le cadre de l'exercice des attributions qui lui sont dévolues, le Conseil peut :

- Effectuer des visites aux lieux de détention pour surveiller les conditions de détention du détenu en grève de faim et le traitement qui lui est réservé
- Organiser des auditions auxquelles il invite les parties concernées par le sujet de la violation ou de la plainte
- Demander aux administrations et aux organismes publics ou privés concernés de lui transmettre des rapports, des données ou des informations sur les plaintes dont il a connaissance ou dont il s'autosaisit<sup>50</sup>.

Le CNDH doit obligatoirement rencontrer le détenu au cas où une allégation de torture ou de traitement cruel ou inhumain motive la grève.

50- Art. 7 Loi 76-15

## 6 - Intervenants indépendants

### a) Avocats

L'avocat (d'office ou particulier) doit rencontrer le gréviste dans les plus brefs délais dès le début de la GdF pour connaître les raisons de sa protestation.

S'il s'agit de sa situation juridique, l'avocat doit lui expliquer le processus en cours, et répondre à toute question d'ordre légal dans l'optique de fournir au gréviste toutes les informations nécessaires.

Si le détenu ou l'avocat le souhaite, ce dernier peut demander d'être régulièrement informé de l'évolution du dialogue entre le détenu et l'administration et de l'état de santé du gréviste.

Dans le cas où l'avocat est censé assister un détenu dans le cadre d'un procès en cours, mais que le détenu n'est pas en mesure de se présenter au procès en raison de complications médicales liées à sa grève de la faim, l'avocat est tenu d'en informer le juge dans les plus brefs délais.

### b) Organisations de la société civile

Au Royaume du Maroc, les organisations de la société civile jouent un rôle important dans la protection des droits et de la dignité des détenus. Leur intervention peut être sollicitée par le détenu, par le CNDH ou par la DGAPR, dans l'intérêt supérieur du détenu.

Les rôles et responsabilités des organisations de la société civile diffèrent selon la vocation de chacune et leur sont propres. Néanmoins, il est important que n'importe quelle organisation impliquée dans un cas de grève de la faim d'un détenu connaisse et respecte un certain nombre de principes, en particulier :

- Le droit du détenu au respect de sa vie privée et donc de donner son accord sur les informations qu'il souhaite voir communiquées au public ou gardées confidentielles, notamment en ce qui concerne ses données médicales.
- Le droit du détenu à l'autonomie. Dans le contexte des grèves de la faim, cela veut dire que les organisations doivent respecter le refus des grévistes de s'alimenter mais aussi leur décision d'arrêter leur grève, et ainsi éviter de mettre la pression sur le gréviste dans sa prise de décision qui doit être libre, volontaire, et prise en connaissance de cause. Ni consentement ni refus ne sont valables sous contrainte.
- Le droit du détenu de recevoir des visites familiales et de maintenir des contacts familiaux. En cas de difficultés familiales, et si le détenu exprime

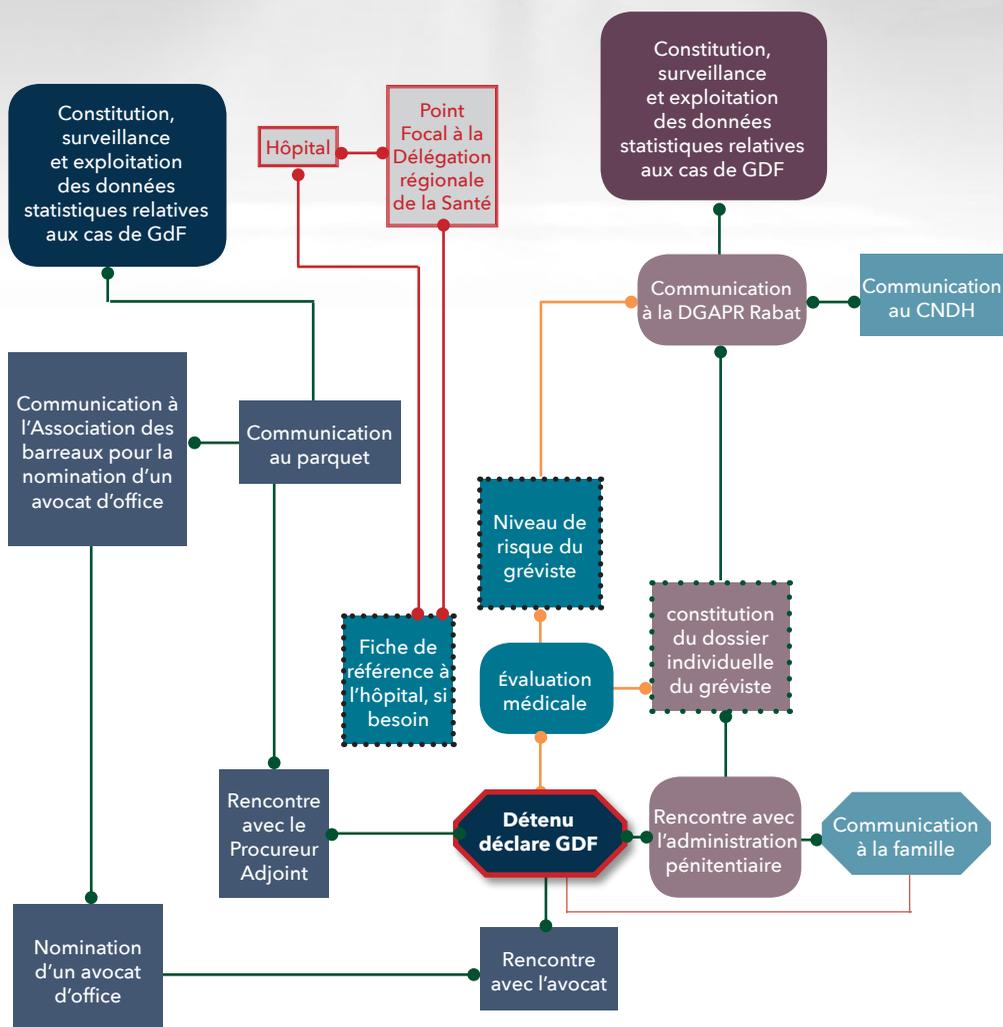


Figure 9 : Flux informationnel concernant un cas de GdF qui montre les possibles interactions du CNDH avec tous les intervenants

une demande en ce sens, les organisations de la société civile peuvent être utiles pour rétablir ces contacts.

- o La nécessité d'une gestion interdisciplinaire de cas, et la nécessité d'assurer une communication claire pour éviter les risques de manipulation ou de confusion.

Compte tenu des graves conséquences qu'une grève de la faim peut avoir sur la santé du détenu, d'autres voies de protestation peuvent être envisagées et un dialogue constructif doit être privilégié pour assurer la meilleure résolution d'une plainte. Si le détenu décide néanmoins de poursuivre sa grève de la faim, le suivi médical est essentiel et doit être encouragé pour prévenir et réduire le risque de conséquences fatales ou irréversibles.

### c) Famille

En cas de GdF, la direction de l'établissement pénitentiaire a l'obligation d'envoyer une communication à la famille du gréviste indiquant le début de la grève de faim.

En vue de mieux protéger la vie et la dignité du patient, le Directeur de l'établissement peut prendre l'initiative de partager avec la famille du gréviste une notice d'information expliquant les procédures en cours, et indiquant certaines recommandations pour soutenir leur membre de famille.

- La décision du détenu d'entamer une grève de faim est respectée par les autorités du Royaume du Maroc. Le détenu ne sera pas puni ou forcé à cause de ses décisions et ses droits seront respectés.
- Le détenu en grève de la faim conserve ses droits préexistants aux contacts familiaux et aux visites familiales.
- L'administration pénitentiaire a mis en place l'observation médicale et le soutien médical dans le meilleur intérêt de la vie et de la dignité des patients.
- Une grève de la faim peut entraîner des dommages irréversibles à la santé. Les autorités encouragent votre membre de famille à ne pas s'exposer à ces risques. Une alimentation régulière est essentielle pour le bon fonctionnement de notre corps. Lorsqu'une personne ne mange pas, même pendant une courte période, les différentes fonctions de l'organisme sont affectées.
- Il est très important de boire plus que d'habitude pendant une GdF, selon les recommandations des médecins.
- En cas de GdF non suivie par les médecins les risques sont plus grands

et le pronostic vital est mis en jeu. Le personnel médical pourra aussi recommander des suppléments nutritifs qui n'arrêtent pas la grève de faim mais diminuent les risques pour la santé.

- La Grève de Faim peut avoir des répercussions graves sur la santé physique et mentale. Plus la GdF est prolongé plus les complications sont graves et peuvent devenir irréversibles, même après l'arrêt de la grève.
- L'administration pénitentiaire, dans le respect des lois du Royaume et des conventions internationales, s'oppose à l'alimentation forcée ou à tout traitement qui va à l'encontre de la volonté du patient car il est essentiel que les choix des détenus soient respectés à tout moment et leur dignité préservée.
- En entamant une grève de la faim, votre membre de famille va affaiblir gravement la capacité naturelle de son corps à se protéger contre le froid. Pour cette raison, il est extrêmement important qu'il ait les vêtements appropriés.

### d) Médias

La Constitution marocaine de 2011 reconnaît le droit à l'information et à la liberté d'expression dans ses articles 27 et 28 respectivement<sup>51</sup>. C'est dans ce cadre de référence que la DGAPR, mais aussi les autres acteurs institutionnels impliqués, doivent développer des lignes réactives et des messages clés afin de répondre aux questions des médias et le public en cas de grève de la faim médiatisée.

Les principes régissant la communication publique, adoptés à l'avance par tous les intervenants institutionnels, sont les suivants :

- Transparence sur les principes d'action, les procédures et les lois régissant les actions de l'administration ;
- Respect de la loi nationale 09/08 relative à la protection des données à caractère personnel du gréviste ;
- Respect des mandats et des responsabilités des interlocuteurs impliqués comme par exemple éviter d'exprimer une opinion sur la prise en charge d'une autre institution ;

51- L'article 27 stipule que : «Les citoyennes et les citoyens ont le droit d'accéder à l'information détenue par l'administration publique, les institutions élues et les organismes investis d'une mission de service public. Le droit à l'information ne peut être limité que par la loi, dans le but d'assurer la protection de tout ce qui concerne la défense nationale, la sûreté intérieure et extérieure de l'Etat, ainsi que la vie privée des personnes, de prévenir l'atteinte aux droits et libertés énoncés dans la présente Constitution et de protéger des sources et des domaines expressément déterminés par la loi». L'article 28 indique par ailleurs que : «La liberté de la presse est garantie et ne peut être limitée par aucune forme de censure préalable. Tous ont le droit d'exprimer et de diffuser librement et dans les seules limites expressément prévues par la loi, les informations, les idées et les opinions. Les pouvoirs publics favorisent l'organisation du secteur de la presse de manière indépendante et sur des bases démocratiques, ainsi que la détermination des règles juridiques et déontologiques le concernant».

- Éviter au maximum de communiquer des informations erronées.

Afin de faciliter les relations de l'administration avec la presse, et de ne pas nuire aux dialogues avec des détenus grévistes, la DGAPR peut s'inspirer des éléments suivants pour réagir aux éventuelles demandes des journalistes lors d'une GdF :

#### **I. Que fait la DGAPR en cas de grève de la faim en détention ?**

L'administration pénitentiaire respecte le droit du détenu à déclarer une grève de la faim et met en place toutes les mesures nécessaires pour assurer la protection de sa vie, de sa dignité et de ses droits.

#### **II. Quelles mesures spéciales la DGAPR a-t-elle mises en place pour les grèves de la faim en cours ?**

L'observation et le suivi médical sont assurés afin de diminuer les risques encourus par le détenu qui décide d'entamer une grève de la faim. Toutes les actions médicales sont menées dans l'intérêt supérieur du détenu et dans le plein respect de ses choix autonomes.

En plus des soins individuels, la DGAPR travaille en coordination avec d'autres interlocuteurs qui pourraient contribuer à assurer la résolution de la grève de la faim : le CNDH, le Parquet, l'avocat du gréviste ainsi que les associations non-gouvernementales de support aux détenus.

#### **III. La grève en cours est-elle collective (ou de masse) et menée pour des raisons politiques ?**

La DGAPR ne porte pas de jugement sur les raisons d'une grève.

Toutefois, la question de la « grève collective » ne correspond pas à notre approche. Entreprendre et maintenir une grève de la faim est une décision qui a des conséquences potentiellement irréversibles sur la santé du détenu, cela ne peut pas être décidé par un groupe, mais seulement par l'individu concerné. La DGAPR s'occupe de chaque détenu individuellement de sorte qu'aucune pression inconsidérée ne lui soit imposée au détenu.

#### **IV. La loi pénitentiaire 23/98 préconise l'utilisation de l'alimentation forcée. Quelle est la position de la DGAPR sur l'alimentation ou le traitement forcé des détenus ?**

La Convention contre la torture et autres traitements cruels et inhumains, signée par le Royaume du Maroc depuis 1986, considère l'alimentation forcée comme un acte de torture. Désormais, l'alimentation forcée n'est plus pratiquée dans nos établissements pénitentiaires ni dans aucune institution du pays.

#### **V. La DGAPR valide-t-elle les demandes du détenu ?**

La DGAPR n'est pas en mesure de valider ou d'invalider la protestation d'un détenu. Tous les efforts sont mis en œuvre pour assurer la permanence d'un dialogue entre le détenu et l'administration, afin d'assurer la résolution de la grève de la faim.

#### **VI. Combien de détenus sont actuellement en grève de la faim, selon les statistiques de la DGAPR ?**

La DGAPR a le devoir de protéger les droits des détenus, y compris leur droit à la vie privée, et de promouvoir le bon fonctionnement de ses établissements pénitentiaires. Aucune donnée individuelle ou collective sur la grève de la faim ne sera donc communiquée.

#### **VII. Les détenus en grève de la faim ont-ils droit à des visites familiales ?**

Oui. Tous les droits individuels d'un détenu, y compris son droit d'entretenir des contacts familiaux, de rencontrer son avocat et de poursuivre ses activités normales en détention, sont préservés.

#### **VIII. Nous avons entendu dire que le détenu gréviste a été mis en isolement : est-ce vrai ?**

Non. Aucune sanction disciplinaire n'est imposée à un détenu en raison de sa grève de la faim. Le détenu peut être placé sous observation médicale afin d'améliorer son suivi médical.

#### **IX. L'une des revendications exprimées par le détenu pendant sa grève de la faim en cours est l'amélioration des conditions de détention. Allez-vous répondre à ces demandes ?**

La DGAPR déploie des efforts constants et vigoureux dans l'amélioration des conditions de détention, et de nombreux progrès ont été réalisés au cours de ces dernières années. A cet égard, tous les détenus sont traités sur un pied d'égalité et la DGAPR continuera à travailler dans l'intérêt de tous.

#### **X. Le détenu gréviste dit qu'il a été torturé. Est-ce que c'est vrai ?**

La DGAPR condamne la torture et les traitements cruels et inhumains.

La DGAPR a participé activement aux efforts déployés par le Royaume pour créer et utiliser le mécanisme national de prévention de la torture. Dans ce cadre, le CNDH est chargé d'enquêter en toute indépendance sur toute allégation de torture. Toute allégation de torture se révélant fondée aura de graves conséquences pour les auteurs.

En outre, toute victime de traitement cruel ou inhumain recevra une assistance spécialisée et tous les soins médicaux et psychologiques nécessaires.

#### XI. Existe-t-il des droits spécifiques lorsque le détenu en grève de la faim est une femme ?

Les femmes détenues méritent et bénéficient d'une protection spéciale dans le droit pénitentiaire national et dans les règles internationales souscrites par le Royaume. Dans le cadre d'une grève de la faim, le suivi médical d'une détenue sera adapté à ses besoins et une attention particulière sera portée au respect de son intimité et à sa dignité.

#### XII. La DGAPR laissera-t-elle le détenu mourir ?

La DGAPR, en collaboration avec le Ministère de la Santé, le CNDH et d'autres acteurs nationaux et internationaux, a élaboré des lignes directrices visant précisément à éviter toute conséquence fatale d'une grève de la faim, tout en respectant le droit du détenu à consentir ou à refuser un traitement.

Les moyens de résolution basés sur le dialogue de bonne foi avec les prisonniers au sujet de leurs griefs sont privilégiés afin de préserver l'intégrité physique et la vie d'un détenu.

#### XIII. Est-ce que la Grève de Faim est un moyen de chantage et de culpabilisation de l'administration ?

Il existe plusieurs types de grèves de la faim dans le monde. Certains peuvent en effet n'être que du chantage alors que d'autres sont la protestation légitime de quelqu'un qui n'a pas d'autres moyens pour s'exprimer.

Les lois du Royaume reconnaissent le droit de grève, et nous pouvons vous assurer que l'administration examine soigneusement et individuellement chaque cas, suivant des procédures qui garantissent l'équité et le respect de la loi.

#### XIV. Est-ce que les journalistes peuvent rendre visite au détenu gréviste ?

Une grève de la faim ne compromet aucun des droits du détenu, mais elle n'en ajoute aucun non plus. Les règles et règlements en vigueur concernant les visites aux détenus demeurent valables.

## Définitions et glossaire<sup>52</sup>

**Grève de faim (GdF) :** Par « grève de faim » dans le contexte pénitentiaire, nous entendons le refus d'un détenu de se nourrir et/ou de s'hydrater, lorsqu'il est déclaré volontairement par un individu compétent, bien informé, et motivé sur une base de protestation.

**Alimentation artificielle :** Bien que souvent confondues, alimentation artificielle et alimentation forcée sont deux choses différentes. Toute alimentation forcée est artificielle, mais le contraire n'est pas vrai. Lors de grèves de la faim, l'alimentation artificielle peut être une solution pour les grévistes qui ne veulent pas mettre en péril leur santé, mais qui refusent de s'alimenter normalement pour des raisons qui leur appartiennent. L'alimentation artificielle est admissible si le gréviste de la faim fait savoir d'une manière ou d'une autre qu'il accepte une telle mesure ou, au cas où il est dans l'incapacité de le faire, de ne pas s'y être opposé en avance.

**Alimentation forcée :** L'alimentation forcée est inadmissible. Elle implique le recours à la force et à la contrainte physique pour immobiliser le gréviste de la faim. Bien que souvent décrite comme un geste qui sauve, il arrive que l'alimentation forcée constitue une mesure de contrainte imposée pour punir le gréviste.

**AMM :** Association Médicale Mondiale.

**Autonomie :** Les médecins doivent respecter l'autonomie des patients en ne passant pas outre les décisions que ceux-ci ont prises volontairement et en connaissance de cause, alors qu'ils étaient en possession de tous leurs moyens. Dans le contexte des grèves de la faim, cela revient à dire que les médecins doivent respecter le refus des grévistes de s'alimenter. Il est important que les médecins expliquent précisément aux grévistes de la faim les conséquences possibles sur leur santé d'un jeûne prolongé, et leur donnent des conseils sur les manières d'en minimiser les effets néfastes, en augmentant par exemple l'apport de liquides et de vitamines. Ni consentement ni refus ne sont valables s'ils résultent de mesures de contrainte. L'autonomie est l'un des quatre principes constituant le fondement de l'éthique médicale moderne.

52- Sur la base du Glossaire relatif à la Déclaration de Malte sur la prise en charge des grèves de la faim, H Reyes ICRFC, A. Somerville BMA [http://www.medekspert.az/fr/chapter5/resources/glossaire\\_fr.pdf](http://www.medekspert.az/fr/chapter5/resources/glossaire_fr.pdf)

**Bienfaisance et non-malfaisance :** Le devoir de faire le bien (bienfaisance) et de ne pas nuire (non-malfaisance) relève également des quatre principes de l'éthique médicale moderne. Il doit cependant être interprété de manière holistique. Le fait d'imposer une intervention médicale à un patient qui lui oppose un refus valable équivaut à lui nuire, et non à agir pour son bien. En milieu carcéral, la question se pose sur la capacité qu'ont, ou n'ont pas, les prisonniers ou les détenus d'effectuer librement ce genre de choix.

**Intérêt supérieur :** Les médecins sont moralement tenus d'agir dans l'intérêt supérieur des patients ; cela ne signifie toutefois pas qu'ils doivent prolonger la vie à tout prix. Évaluer l'intérêt supérieur d'un patient revient à concilier les meilleurs résultats médicaux possibles avec ses opinions, valeurs et préférences personnelles de l'intéressé. Le médecin n'agit pas dans l'intérêt supérieur des patients lorsqu'il passe outre leur volonté clairement exprimée.

**CNDH :** Conseil National des Droits de l'Homme.

**Confidentialité** Tous les patients, détenus y compris, jouissent du droit à la confidentialité. Il ne s'agit toutefois pas d'un droit absolu. Le consentement à ce que les données les concernant soient communiquées devrait généralement être obtenu alors que les individus sont en possession de leurs capacités. Des informations concernant des personnes privées de leurs capacités peuvent être divulguées si cela sert leur intérêt supérieur. Pour l'ensemble des patients, la divulgation d'informations les concernant est en outre permise si, ce faisant, on évite que d'autres puissent être atteints. Dans le cas de grèves de la faim, les informations relatives à l'opinion et à l'état de santé des patients devraient être partagées seulement entre les agents de santé qui leur donnent des soins. Des renseignements peuvent être communiqués à d'autres personnes - proches ou avocats, notamment - avec l'accord des grévistes de la faim.

**DGAPR :** Délégation Générale à l'Administration Pénitentiaire et à la Réinsertion.

**Double loyauté :** Les médecins qui supervisent la prise en charge des grévistes de la faim ont fréquemment des obligations et des devoirs contractuels envers d'autres instances, comme par exemple les autorités carcérales. L'AMM souligne très clairement que la médecine est une prérogative, mais qu'elle est absolument indissociable de certaines responsabilités. Tout professionnel de la santé diplômé doit s'acquitter de ses obligations de bienfaisance et de non-malfaisance même dans le cas d'une éventuelle situation de double loyauté, et même si son travail ne consiste pas à proprement parler à fournir des soins.

Autrement dit, toute personne formée pour donner des soins a les mêmes devoirs moraux qu'un autre prestataire de soins, et ce même si elle n'est pas engagée pour prodiguer des soins.

**Grève de Faim collective ou de masse :** La législation du pays reconnaît le droit de grève comme un droit individuel. De ce fait, aucune déclaration collective ne sera prise en considération et des grèves individuelles multiples seront de toute façon traitées individuellement, comme mentionné ci-dessus.

**Justice :** La justice est un autre des quatre principes de l'éthique médicale communément cités. Dans ce contexte, on entend par justice l'exigence faite aux médecins de prendre en charge les grévistes de la faim de manière équitable, en étant à l'écoute de leurs opinions et en essayant d'éviter qu'ils ne subissent des contraintes injustifiables de la part de qui que ce soit.

**Médecins et personnels paramédicaux :** Les directives de l'AMM s'adressent avant tout aux médecins. Toutefois, dans le cadre de la prise en charge des grèves de la faim, d'autres professionnels de la santé sont susceptibles d'être impliqués. Il convient donc de les encourager à se conformer à la Déclaration de Malte. Les directives que reçoivent d'autres groupes - infirmiers et autres personnels paramédicaux, par exemple - reflètent en général les mêmes principes.

**Pressions injustifiables / Coercition :** Informer les grévistes de la faim des implications de leurs décisions et les encourager à réfléchir sont des actes essentiels et ne constituent pas une pression injustifiable. Tenter de les dissuader de jeûner en brandissant des menaces - tel que le recours à la nutrition forcée - n'est pas admissible.

## Fiche des cas de Grève de Faim à inclure au dossier médical du patient

Date : .....

Numéro d'écrou : .....

Nom : .....

Type de Grève de Faim (cochez le cas correspondant) :

Ingestion d'eau		
Continuité dans la prise des médicaments prescrits dans le passé		
Compléments nutritionnels prescrits		
Compléments nutritionnels non-prescrits		

Antécédents médicaux (cochez le cas correspondant si une pathologie préexistante est présente) :

Insuffisance rénale		
Insuffisance hépatique		
Diabète		
Maladies métaboliques		
Maladies cardio-vasculaires		
Ulcère gastrique ou gastroduodéal		
Épilepsie		
Si femme, grossesse		
Antécédents psychiatriques		
Antécédents d'abus de substance toxiques		

Les implications médicales de toute pathologie existante doivent être expliquées à la personne, ainsi que de l'impact sur l'individu des facteurs extrinsèques (éloignement de l'établissement pénitentiaire d'une structure hospitalière pouvant prodiguer des soins d'urgence, absence d'un médecin à temps plein, etc.)

Indicateurs médicaux et signes vitaux :

	Date
Poids initial	
Taille	
Indice de masse corporelle IMC = Poids/(taille*taille)	
Sécheresse salivaire	
Pouls	
Tension artérielle	
(Si nécessaire) ECG	
(Si nécessaire) Hémogramme	
(Si nécessaire) Ionogramme	
(Si nécessaire) Glycémie	
(Si nécessaire) Analyse des urines	
(Si nécessaire) Fonction rénale	

Les résultats de ces examens doivent être communiqués au patient, qui sera informé sur les risques surajoutés par la perturbation des indicateurs.

## Fiche de surveillance des Grèves de Faim à inclure au dossier médical du patient

Surveillance des Symptômes initiaux (cochez le cas correspondant si un symptôme est présent) :

	Evaluation Initiale	Suivi	Suivi	Date	Date	Date
Date						
Odeur d'acétone						
Sensation de faim						
Perte de l'appétit						
Sensation de soif						
Céphalées						
Irritabilité						
Étourdissements, trouble de la conscience						
Apathie						
Difficultés de se mettre debout et de marcher						
Dysurie						
Insomnie						
Anxiété						
Constipation						
Douleur abdominale						
Douleurs thoraciques						
Douleurs gastriques (épigastralgies)						
Coliques néphrétiques						
Troubles oculaires						
Autres :						

Indicateurs médicaux et signes vitaux :

Date						
Poids						
Pourcentage de perte de poids						
Indice de masse corporelle IMC = Poids/(taille*taille)						
Signes de déshydratation						
Pouls						
Score de Glasgow (si nécessaire)						

Autres symptômes :

.....

.....

.....

.....

.....

Recommandations fournies :

.....

.....

.....

.....

.....

## Fiche de référence aux hôpitaux pour patient en Grève de Faim

Date de demande de transfert : .....  
 Heure de demande de transfert : .....

Demande de Transfert :

Temporaire, pour avis médical et/ou compléments diagnostic	Urgent	Permanent, pour détérioration des conditions médicales du patient et nécessité de surveillance hospitalière
--	--------	---

Nom de l'établissement pénitentiaire transférant .....  
 Nom du médecin transférant .....  
 Numéro de téléphone du médecin transférant .....

Informations du patient :

Mr/Mme ..... Âgé de .....  
 Numéro d'écrou ..... Identifiant National .....  
 Raisons primaire de transfert : Grève de Faim depuis ..... jours  
 Niveau de risque au moment de la demande de transfert :

<b>GdF sans risque</b>	<b>GdF à risque</b>	<b>GdF à haut risque</b>	<b>Pronostic Vital engagé</b>
------------------------	---------------------	--------------------------	-------------------------------

Signes vitaux et indicateurs anthropométriques au moment de la demande de transfert :

Poids	Pourcentage de perte de poids depuis le début de GdF	IMC	Pouls	TA	Niveau de déshydratation	Score de Glasgow	Autres valeurs de laboratoire

Antécédents médicaux pertinents pour la prise en charge de la grève de faim .....

Traitements en cours et suppléments nutritifs acceptés par le patient .....

Motif de Transfert, vers une autre structure hospitalière, détaillant les soins non-disponibles à .....

Signature :

## Fiche de contre-transfert de patient en Grève de Faim des hôpitaux aux établissements pénitentiaires

Date de sortie du patient de l'hôpital : .....

Date d'arrivée du patient à l'établissement : .....

Informations du patient :

Mr/Mme ..... Agé de .....

Numéro d'écrou ..... Identifiant National .....

Condition primaire : Grève de Faim de durée ..... jours

Niveau de risque au moment du retour du patient :

<b>Cas résolu en date :</b>	<b>GdF sans risque</b>	<b>GdF à risque</b>	<b>GdF à haut risque</b>
-----------------------------	------------------------	---------------------	--------------------------

Conditions pathologiques en cours : .....

Examens diagnostic effectués pendant l'hospitalisation .....

Traitements acceptés par le patient pendant l'hospitalisation .....

Traitements en cours et suppléments nutritifs acceptés par le patient .....

Signes vitaux et indicateurs anthropométriques au moment du retour du patient :

Poids	Pourcentage de perte de poids depuis début GdF	IMC	Pouls	TA	Niveau de déshydratation	Score de Glasgow

Suivi nécessaire au niveau de l'établissement pénitentiaire : .....

Nom de l'hôpital où les soins ont été dispensés : .....

Nom du médecin en charge .....

Numéro de téléphone du médecin en charge des soins hospitaliers .....

Signature :

## Modèle du rapport médical régulier à rédiger et partager avec l'administration

Je soussigné .....  
Docteur en médecine, certifie avoir examiné  
le/la détenu(e) .....  
écrou ..... Âgé(e) de ..... ayant entamé  
une Grève de Faim depuis ..... jours

Je certifie que, selon le suivi des symptômes et des indicateurs médicaux observés, les conditions médicales de Mr/Mme requièrent une surveillance :

Standard	Intensifiée	Stricte	Hospitalière
Grève de Faim sans risque	GdF à risque	GdF à haute risque	Pronostic Vital Engagé

Le : .....

A : .....

Signature du médecin :

## Questions & Réponses de référence pour la consultation médicale d'un patient en GdF

Voici quelques questions qu'un patient en grève de la faim pourrait poser à un médecin, avec des propositions de réponses. Vous trouverez les concepts médicaux simplifiés afin qu'ils puissent être compris par les non-médecins.

Il est fondamental qu'un médecin ne mente jamais à un patient, même s'il pense qu'il le fait pour le bien du patient. Dans le cas d'absence de notions médicales, le médecin doit expliquer qu'il ne peut répondre à une question. Les conséquences d'une grève de la faim sont déjà graves : il n'est pas nécessaire de mentir pour les faire paraître pires mais au contraire, cela briserait la confiance du patient envers le médecin.

Les réponses devront bien entendu être adaptées à chaque cas, et enrichies par l'expérience personnelle et collective des praticiens.

### I. Je ne veux pas être examiné parce que je ne vous fais pas confiance : vous faites partie de la DGAPR, donc vous êtes contre moi ?

En tant que médecin, je travaille pour mes patients, et je ne suis pas contre vous. Je respecte votre décision de faire une grève de la faim, et je respecte votre décision de ne pas vouloir te faire examiner. Laissez-moi vous expliquer le rôle d'un médecin dans le suivi d'un cas de GdF, et puis après, vous pourrez décider, d'accord ?

### II. J'ai entamé une grève de la faim. Qu'est-ce que vous en pensez ?

En tant que médecin, je respecte votre décision d'entamer une grève de la faim si vous pensez que c'est la meilleure voie à suivre pour vous. Je ne ferai aucune pression sur vous pour que vous arrêtiez votre grève de la faim. Je ferai de mon mieux pour vous informer des risques et des conséquences de votre choix, afin que vous ayez à tout moment toutes les informations nécessaires pour prendre la meilleure décision pour vous et pour votre santé.

Il faut que vous sachiez que vous avez le droit d'entamer une grève de la faim comme vous avez le droit de l'arrêter à tout moment. Dans les deux cas, je ferai de mon mieux pour vous accompagner.

### III. Quelles sont les conséquences d'une grève de la faim ?

Il est de mon devoir de vous informer qu'une grève de la faim peut être très dangereuse pour votre santé. Notre corps a besoin de nourriture et d'eau pour fonctionner, et beaucoup de changements se produiront dans votre corps lorsque vous cesserez de manger pendant une période prolongée. Les premiers jours, vous aurez faim, vous vous sentirez faible et vous pourriez souffrir de maux de tête et de ventre. Chez une personne en bonne santé, ces symptômes sont difficiles à supporter, mais ils ne sont pas inquiétants.

Il y a certaines choses que vous pouvez faire pour atténuer la douleur : la première est de boire beaucoup d'eau. En raison de l'absence de nourriture, vous devrez augmenter votre consommation d'eau à 2 ou 3 litres dès les premiers jours et tout au long de votre GdF.

Deuxièmement, vous pouvez réduire et contrôler la douleur en faisant de l'exercice physique léger. Je sais que cela peut paraître difficile si vous vous sentez faible, mais toute sorte d'exercice soit abdominal, soit d'étirement ou de respiration peut réduire considérablement la douleur et vous aider à maintenir une meilleure santé pendant votre GdF.

Des conséquences plus graves pour votre santé pourraient se manifester dans le futur (voir conséquences possibles de la GdF), mais nous en parlerons plus en temps voulu si vous décidez de poursuivre votre grève de la faim.

#### **IV. Quelles sont les conséquences à long terme d'une grève de la faim ?**

Mis à part les maux de tête et de ventre dû au manque de nourriture que vous pourriez ressentir tout au long de votre grève de la faim, laissez-moi vous expliquer ce qui se passe lorsque vous cessez de manger.

Votre corps a besoin d'énergie, et si vous n'ingérez pas de nourriture, il va commencer à chercher de l'énergie à l'intérieur. Il commencera tout d'abord à utiliser vos réserves de graisse, de sorte que vous perdriez du poids au début. Mais la graisse ne suffira plus à un moment donné, de sorte que votre corps commencera à utiliser l'énergie de vos muscles. Vous verriez alors vos muscles se réduire en dimension et en densité. À ce stade, vous pourriez commencer à avoir des problèmes oculaires, parce que ce sont les plus petits muscles et qu'ils pourraient cesser de bien fonctionner. Votre cœur est aussi un muscle, donc si vous ne mangez pas pendant une longue période de temps, votre cœur commencera à souffrir et ne sera plus capable de bien fonctionner. Votre cerveau sera également affecté car il ne pourra plus fonctionner normalement : vous pourriez ressentir de la tristesse, de l'anxiété et vous sentir irrité par de petites choses. De plus, vous pourriez avoir de la difficulté à dormir et faire des cauchemars. Si cela arrive, n'hésitez pas à me le faire savoir, d'accord ?

Voir : conséquences possibles du jeûne

#### **V. Combien de temps puis-je tenir sans manger ?**

C'est malheureusement une question à laquelle un médecin ne peut pas répondre. Chaque grève de la faim est différente et personne ne peut vraiment prédire comment votre corps va réagir. Il y a des personnes qui sont mortes vers le 60e jour, d'autres vers le 100e jour, et d'autres encore vers le 21e jour... Cela dépend vraiment de vous, de votre corps et de ce que vous faites pour éviter de prendre des risques injustifiés.

#### **VI. Combien de temps puis-je tenir sans boire ?**

L'eau est une partie fondamentale de notre corps, et la plus importante en pourcentage. Une personne en bonne santé ne peut survivre sans eau, et le temps avant de mourir est extrêmement court. Une personne normale ne peut pas survivre en l'absence totale d'absorption ou d'ingestion de liquide pendant plus de quelques jours. La température, la possibilité de prendre des douches ou de prendre quelques gouttes d'eau ici et là peuvent faire la différence entre 3 jours et 7 jours, et ce temps est trop court pour qu'une protestation soit sérieusement prise en compte par l'administration.

Il est important pour vous de savoir que si vous ne buvez pas, vous perdrez très vite conscience. Votre esprit sera obnubilé et vos pensées seront confuses. Il vous sera très difficile de parler et d'écouter, donc il vous sera bientôt impossible d'avoir un vrai dialogue avec l'administration, ce qui est le but de votre grève de la faim.

#### **VII. Quel type de nourriture interrompt une grève de la faim ?**

Une grève de la faim implique que vous ne mangez pas de nourriture. Ceci dit, mon objectif avec vous est de m'assurer que vous maintenez votre santé et votre bien-être, alors si vous voulez manger quelque chose, parlons-en ensemble et nous pourrons voir ce que ci peut être fait sans que cela ne mette en question la validité de votre GdF.

#### **VIII. Si je bois du lait ou du jus de fruit, suis-je encore en grève de la faim ?**

Les procédures de la DGAPR indiquent que votre grève de la faim est liée à votre déclaration, et les procédures ne font pas de différence entre les différents types de grèves de la faim avec ou sans compléments.

D'un point de vue médical, le jus de fruit pourrait vous donner de l'énergie, mais il risque d'augmenter votre acidité gastrique et de causer des douleurs. Le lait est probablement un meilleur choix.

#### **IX. J'ai de fortes douleurs abdominales (ou à la poitrine, ou ailleurs). Que dois-je faire ?**

Tout d'abord, laissez-moi examiner votre ventre (ou votre thorax, ou n'importe quelle autre partie) pour voir exactement où se situe la douleur.

(Après l'examen physique, si aucun signe de gravité n'est détecté) : Les douleurs abdominales sont une conséquence bien connue d'une grève de la faim. Vos symptômes sont liés au manque d'ingestion de nourriture et à la tension dans vos muscles qui y réagit.

Vous pouvez réduire et contrôler la douleur en faisant de l'exercice physique léger. Je sais que cela peut paraître difficile si vous souffrez, mais toute sorte d'exercice abdominal, d'exercice d'étirement ou d'exercice de respiration peut réduire considérablement la douleur et vous aider à maintenir une

meilleure santé pendant votre GdF. Lorsque vous ressentez de la douleur, faites au moins 10 minutes d'exercices abdominaux et ce sera douloureux au début, mais vous vous sentirez rapidement soulagé après.

### X. Je ne veux pas rester à l'infirmerie. Je peux retourner dans ma cellule ?

Les directives relatives à la grève de la faim exigent que vous soyez sous observation médicale au cours de votre grève, afin de vous assurer qu'une aide médicale est disponible en cas de besoin et également pour vous protéger de toute pression de la part d'autres détenus. Il est impossible de savoir quand une détérioration de votre état de santé peut survenir et vous éloigner de l'infirmerie peut mettre votre santé en danger. Dès que votre santé ne sera plus en danger, vous retournerez dans votre cellule.

### XI. Est-il bon d'ajouter du sucre à l'eau ? En quelle quantité ?

Beaucoup de grévistes de la faim ajoutent du sucre à leur eau, afin de retrouver de l'énergie. Si vous voulez le faire (et si vous n'êtes pas diabétique), la quantité recommandée est d'environ un demi verre de sucre par jour.

Mais parce que je suis là pour vous aider, je dois vous dire qu'il y a aussi beaucoup de grévistes de la faim qui évitent le sucre parce que cela peut rendre une grève plus difficile. Si vous ajoutez du sucre, vous pourriez ressentir plus de faim au cours de votre grève, et vous pourriez ne pas être en mesure de maintenir votre GdF au-delà de plusieurs jours. De plus, il est possible que votre organisme tolérera moins bien le sucre à l'avenir (après votre grève). Je ne peux donc pas vous donner une recommandation médicale à ce sujet : c'est votre choix.

### XII. Est-il bon d'ajouter du sel à mon eau ?

Après quelques jours de grève de la faim, vous aurez du mal à boire de l'eau parce que le goût de l'eau changera, et deviendra désagréable, comme un goût métallique. Pour éviter ce goût, et pour s'assurer que votre corps est encore capable d'absorber l'eau que vous buvez, nous vous recommandons d'y ajouter un peu de sel et d'adapter la quantité en fonction de votre goût, de votre tension artérielle et de tout autre symptôme que vous pourriez avoir. Nous pourrions en discuter ensemble le moment venu.

### XIII. Pourquoi devrais-je prendre des vitamines ?

Il a été prouvé dans d'autres cas de grève de la faim que la prise de vitamines, et en particulier de vitamine B, peut réduire la mortalité et la morbidité causées par une grève de la faim. Il s'agit donc d'une forte recommandation médicale, afin de maintenir votre corps en meilleure santé le plus longtemps possible. Mais c'est quand même votre choix : si vous refusez les vitamines maintenant, je respecterai votre souhait et continuerai à vous suivre. Si vous n'êtes pas sûr, vous pouvez y réfléchir et nous pouvons en discuter en temps voulu.

## Bibliographie

- Changes in body fluid and energy compartments during prolonged hunger strike. Faintuch J et al., Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo. 2000 Mar-Apr; 55(2):47-54. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10959123>
- Effect of hunger strike on electrocardiographic parameters., Hobikoğlu GF et al, Turk Kardiyol Dern Ars. 2019 Jul;47(5):379-383. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31311905>
- Effect of prolonged fasting on plasma lipids, lipoproteins and apolipoprotein B in 12 physicians participating in a hunger strike: an observational study. Fainaru M1, et al., Isr Med Assoc J. 2000 Mar;2(3):215-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10774270>
- Hunger strike among detainees: guidance for good medical practice. Gétaz L et al., Swiss Med Wkly. 2012 Sep 17;142:w13675. doi: 10.4414/smw.2012.13675. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22987064>
- Johannes Weir Foundation for Health and Human Rights. Assistance in Hunger Strikes: A Manual for Physicians and Other Health Personnel Dealing with Hunger Strikes. Amersfoort, the Netherlands: Johannes Weir Foundation for Health and Human Rights; 1995
- Management of patients during hunger strike and refeeding phase. Eichelberger M et al., Nutrition. 2014 Nov-Dec; 30(11-12):1372-8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25280415>
- Medical management of hunger strikers. Chalela JA et al., Nutr Clin Pract. 2013 Feb;28(1):128-35. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23090653>
- Neurological complications of prolonged hunger strike. Başoğlu M et al., Eur J Neurol. 2006 Oct. ; 13(10):1089-97. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16987161>
- Physiology of Starvation and Refeeding Syndrome Journal of Bangladesh Society of Physiologist 5(2) · January 2011 [https://www.researchgate.net/publication/272868521\\_Physiology\\_of\\_Starvation\\_and\\_Refeeding\\_Syndrome](https://www.researchgate.net/publication/272868521_Physiology_of_Starvation_and_Refeeding_Syndrome)

- Refeeding syndrome: what it is, and how to prevent and treat it. Mehanna HM et al., BMJ. 2008 Jun 28;336(7659):1495-8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18583681>
- Security Hunger-Strike Prisoners in the Emergency Department: Physiological and Laboratory Findings. Gordon D et al., J Emerg Med. 2018 Aug;55(2):185-191. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29858143>
- The impact of prolonged hunger strike: clinical and laboratory aspects of twenty-five hunger strikers. Kirbas D et al., Ideggyogy Sz. 2008 Sep 30;61(9-10):317-24. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18841651>
- The implications of starvation induced psychological changes for the ethical treatment of hunger strikers. Fessler DM. J Med Ethics. 2003 Aug;29(4):243-7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12930863>
- The psychiatric management of prisoners on hunger strike: developing a management algorithm using the Delphi technique. Gulati G et al., Int J Prison Health. 2019 Mar 11;15(1):66-75. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30827164>



المنحوية العامة لإدارة السجن وإعادة الإدماج  
Délégation générale à l'administration  
pénitentiaire et à la réinsertion



المجلس الوطني لحقوق الإنسان  
الوطني لحقوق الإنسان  
Conseil national des droits de l'Homme



وزارة الصحة  
الوطني للصحة  
Ministère de la Santé



رئاسة الوزارة العامة  
الرئيسية للصحة  
Présidence du ministère public



CICR