

Prise en charge médicale des grèves de la faim prolongées¹ en milieu carcéral

¹ Mais aussi toute situation de privation alimentaire ou de boisson

Remerciements

Nous remercions chaleureusement les agents de l'administration pénitentiaire qui ont contribué à ce travail. Les entretiens individuels ont enrichi et approfondi la réflexion de notre groupe de travail, nous avons conservé certains verbatim² :

- ✓ **Madame Marie-Laure CORDES**, *Cheffe de détention Centre Pénitentiaire Toulon - La Farlède*
- ✓ **Madame Quitterie LAMOUREUX**, *Directrice adjointe Centre Pénitentiaire Toulon - La Farlède*
- ✓ **Madame Hayette NEHAD**, *Surveillante Centre Pénitentiaire Toulon - La Farlède*
- ✓ **Madame Anne SOUILHAT**, *Directrice adjointe, maison d'arrêt de Draguignan*
- ✓ **Monsieur X .X**, *Codétenu de soutien Centre Pénitentiaire Toulon - La Farlède*

² Dans les nuages au fil de notre texte

Membres du groupes de travail

- **Dr Marie AHOUANTO-CHASPOUL**, AP-HP. Nord - Université de Paris (SMIT Bichat Claude Bernard), Membre de l'Académie d'Éthique, Conseillère nationale pour la santé des personnes sous-main de justice DAP
- **Pr Christophe BARTOLI**, Chef de service Médecine en détention AP-HM Aix-Marseille Université - Service de médecine légale et droit de la santé
- **Dr Béatrice CARTON**, Cheffe de l'USMP Bois D'Arcy et MAF de Versailles, cheffe de USMP Bois D'Arcy et de la MAF de Versailles, Présidente de l'Association des Professionnels de Santé en Prison (APSEP)
- **Dr Samuel DEZELEE**, Médecin USMP Baumettes 2 Marseille
- **Dr Anne DULIOUST**, Ancienne cheffe de service Médecine et SSR infectieux EPSNF
- **Madame Majda EL ALAOUI**, Juriste en droit de la santé
- **Dr Marc FEDELE**, Psychiatre des hôpitaux, SMPRRennes, Vice-Président de l'Association des Secteurs de Psychiatrie en milieu Pénitentiaire
- **Dr Pascale GIRAVALLI**, Psychiatre des Hôpitaux, Présidente de l'Association des Secteurs de Psychiatrie en milieu Pénitentiaire
- **Pr Michèle GUILLAUME-HOFNUNG**, Professeure émérite de l'Université Paris-Saclay, Membre du Conseil National de la Médiation, Vice-présidente de l'Académie de l'éthique, Directrice de l'institut de médiation IMGH
- **Dr Laura HARSCOUE**T, Pharmacien, Hôpital Cochin Service de pharmacie Clinique et UCSA du CP Paris-La santé, trésorière de APSEP
- **Dr Valérie KANOUI**, Cheffe de service del'UCSA du CP de Fleury-Mérogis, vice-présidente de l'APSEP
- **Monsieur Benjamin MARTY**, Juge d'application des peines, tribunal judiciaire de Chalon-sur-Saone
- **Dr Charline MEDJANI**, Cheffe de l' USMP Centre Pénitentiaire Toulon - La Farlède
- **Dr Fadi MEROUEH**, Chef de service Service de Soins en Milieu Pénitentiaire Pôle Urgences/ CHU de Montpellier, Maison d'Arrêt Villeneuve lès Maguelone
- **Dr Laurence PERNICE**, Ancienne cheffe de l'USMP Centre Pénitentiaire Toulon - La Farlède

Sommaire

- 1) Introduction
- 2) Ethique et déontologie
- 3) Situation internationale et notamment européenne
- 4) Cadre juridique relatif à la prise en charge des grèves de la faim prolongées au cours de la détention
- 5) Modalités de communication entre les acteurs confrontés à la gestion d'une grève de la faim prolongée : communiquer, quand ? Avec qui ? Pourquoi ?
- 6) Que peut-on légitimement attendre de la psychiatrie?
- 7) Évolution clinique spontanée en cas de privation alimentaire prolongée
- 8) Information du patient en GDF : liste des complications, recueil du consentement et des directives anticipées
- 9) Pris en charge médicale d'une grève de la faim prolongée et/ou d'une grève de la soif :
 - ✓ Évolution clinique spontanée en cas de privation alimentaire prolongée
 - ✓ Eléments de suivi d'un patient cessant de s'alimenter ou en GDF
 - ✓ Désignation d'une personne de confiance et expression des directives anticipées
 - ✓ Informations à délivrer au patient
 - ✓ Suivi clinique et para-clinique
 - ✓ Grève de la faim et traitements médicamenteux
 - ✓ Conduite à tenir en cas de jeûne très prolongé et/ou d'évolution défavorable
 - ✓ Reprise alimentaire : risque de syndrome de réalimentation grave entre J0 et J4
- 10) Conclusions
- 11) Références bibliographiques

ANNEXES

- 1) Modèle d'imprimé grève de la faim
- 2) Guide d'entretien avec un patient en GdF : Questions Réponses
- 3) Évaluation des critères de gravité à partir de J8
- 4) Formulaire de désignation d'une personne de confiance
- 5) Fiche d'information de la personne détenue en GDF sur la personne de confiance
- 6) Formulaire des directives anticipées modèle A
- 7) Formulaire des directives anticipées modèle B
- 8) Valeurs énergétiques des principaux aliments
- 9) et 10) Exemple du suivi infirmier d'une personne détenue en GDF

1 INTRODUCTION

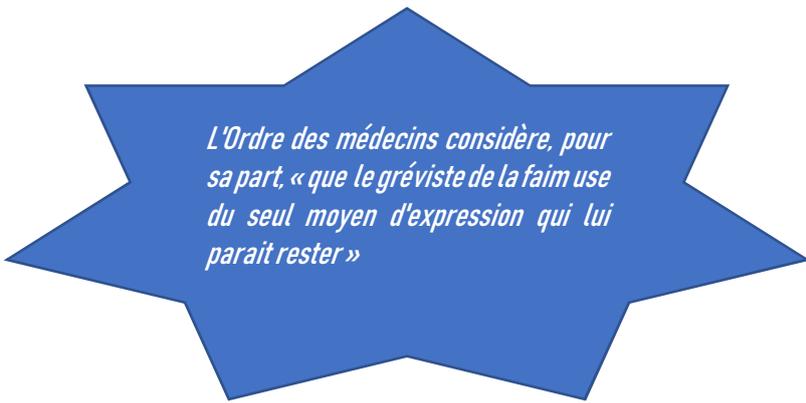
Les grèves de la faim (GDF) sont fréquentes en milieux pénitentiaires. L'origine de ces GDF est le plus souvent une revendication d'ordre juridique qui ne concerne pas le secteur médical.

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

99,99 % des grèves de la faim ne sont pas problématiques en terme médical. Les données sur l'épidémiologie de la faim en détention sont rares et anciennes. Cependant en 2006, dans le rapport du CCNE sur la santé en prison, étaient dénombrées 1500 grèves de la faim en prison par an dont moins de 10 posent un problème vital de santé.

Ce groupe de travail pluridisciplinaire a été initié pendant une grève de la faim prolongée au delà de 50 jours. Il s'est réuni par la suite de mars 2022 à juin 2023. Notre travail a concerné les GDF des personnes très déterminées : elles sont peu nombreuses mais posent un dilemme éthique, que la déontologie³ à elle seule ne peut résoudre mécaniquement. Elles nécessitent une prise en charge médicale complexe. Il ne faut ni somatiser ni psychiatriser le patient mais respecter sa volonté.

Il s'agit d'un guide certes, mais il vise juste à fournir des repères à l'équipe médicale sur la conduite à tenir, tout en laissant au patient la responsabilité de la décision finale. Ce guide n'est pas une norme, un processus à suivre à la lettre mais une réflexion qui repose sur la conscience que l'éthique médicale est un dilemme entre l'autonomie de la personne, et la volonté de bienfaisance du soignant développé dans la philosophie de Lévinas présent dans le Code de Déontologie.



L'Ordre des médecins considère, pour sa part, « que le gréviste de la faim use du seul moyen d'expression qui lui paraît rester »

³« Grève de la faim des personnes placées en lieu de privation de liberté: Préconisations déontologiques »
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/lz5p9w/cnom_recommandations_greve_de_la_faim.pdf

2 Ethique et déontologie

Pour une démarche éthique et déontologique des prises en charge d'une grève de la faim prolongée d'une personne en détention

Les enjeux déontologique et éthique ne sont pas du même ordre, il nous semble de bonne méthode de bien les distinguer en introduction. Alors que la déontologie rassemble sous forme de normes règlementaires ou législatives les obligations propres à une profession, l'éthique est essentiellement l'art du dilemme.

Nous tenons à rappeler l'importance du dilemme éthique : entre soigner, respecter la vie ou respecter la volonté et la dignité humaine. La déontologie peut fournir un paramètre du dilemme, sans le résoudre totalement. Le dilemme appartient au domaine de la complexité⁴.

Les GDF se situent à une « articulation complexe » : les personnes que la GDF cherche à interpeller ne sont pas au cœur de la prise en charge, les grévistes ne veulent pas mourir mais la souffrance qu'ils infligent à leur corps est une forme de revendication.

La ligne directrice de la prise en charge sera de conserver à tout prix la dignité des grévistes, les droits de l'homme se fondent sur la dignité humaine. L'invocation de la dignité humaine pour primordiale qu'elle soit ne donne pas de solution toute faite. Elle manque de définition, le groupe s'est référé à la définition qui a été intégrée au plan d'action du comité français pour la décennie de l'éducation aux droits de l'homme d'octobre 2000 adopté par le gouvernement français et transmis au Haut-commissariat des Nations-Unies pour les droits de l'Homme : « qualité que l'individu tire à la fois de sa valeur unique d'individu et de sa valeur universelle d'homme, entraînant le respect de droits opposables à l'État comme aux autres individus⁵ ».

La déclaration de Tokyo de la *World Medical Association* en 1975, est la première directive internationale sur la prise en charge des GDF, dispose : « 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. 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 ».

⁴Michèle GUILLAUME-HOFNUNG ÉTHIQUE ET DROITS DE L'HOMME Numéro de la Revue Française de Service Social, mars 2006

⁵ « Les Droits de l'Homme indispensable boussole de l'éthique » Michèle Guillaume-hofnung revue de la CNF/UNESCO n° 15 nov. 2002 p 4

Le médecin doit s'obliger à la neutralité. Le patient est libre de sa décision mais il doit être informé. Le consentement éclairé renforce l'autonomie du patient et son pouvoir de décision. Le fondement de l'obligation d'informer est la dignité humaine et c'est le fondement du consentement.

Il faut donc informer le plus souvent possible dès le début de la grève, puis pendant son déroulement, le gréviste d'une part, et l'institution qu'il affronte d'autre part, des risques de la prolongation de cette restriction alimentaire ou hydrique.

Par principe, toute mesure de contrainte à l'égard des patients est interdite. L'article 36 du code de déontologie (article R.4127-36 du code de la santé publique) souligne : « Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences ».

De plus, l'article 35 du code de déontologie (article R.4127-35 du code de la santé publique) dispose : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. »

Bien que ces deux sources de l'éthique médicale soient claires, la cour de Cassation préfère régulièrement fonder le devoir d'informer sur le principe de la dignité humaine. En effet, le code de déontologie a simplement valeur législative. La cour préfère se référer à la dignité humaine qui a valeur constitutionnelle en tant que socle des principes fondamentaux reconnus par les lois de la République.

Les textes internationaux répètent constamment cette filiation. La dignité humaine impose de refuser de soigner de force. En effet, il faut retenir que la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) considère l'alimentation de force comme un acte de torture. Elle rappelle que les médecins doivent garder leur indépendance face à des pressions et se souvenir que le seul lien qui les oblige est celui de leur patient. La convention européenne des droits de l'homme de 1950 vise à protéger la dignité de tous les êtres humains.

S'appuyant sur la Convention européenne des droits de l'homme, la convention d'Oviedo dans le domaine biomédical de 1997, est le seul instrument juridique contraignant international pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications médicales.

La question de la dignité humaine dans la prise en charge des grèves de la faim en détention pose ainsi la question de l'articulation des normes de droit, voire de leur contradiction. L'article 5 de la Convention d'Oviedo (ratifiée par la France par la loi n°2011-814 du 7 juillet 2012 relative à la bioéthique et entrée en vigueur le 1er avril 2012) consacre la primauté du consentement du patient et ne limite ce principe qu'en cas d'urgence, c'est-à-dire selon les termes de la Convention, lorsque son consentement ne peut être recueilli et uniquement pour une intervention médicalement indispensable au bénéfice de sa santé.

A l'inverse, l'article R.322-4 du code pénitentiaire (ancien article D.364 du code de procédure pénale) voudrait contraindre le médecin à aller contre la volonté du patient lorsque son état de santé s'altère gravement et pas seulement lorsqu'il est hors d'état d'exprimer son consentement. De surcroît, la hiérarchie des normes impose au médecin le respect du code de santé publique supérieur pour son exercice, au code pénitentiaire.

Chaque grève de la faim étant unique, ce guide de prise en charge se fonde sur le principe de la dignité humaine comme seul dénominateur commun. L'éthique est dans les seuils, c'est à dire où commence et où s'arrête la dignité humaine⁶.

Malgré les angles morts affectant son début et son absence de définition officielle, la dignité humaine fournit dans le domaine qui nous occupe de précieux éléments de sortie de dilemme. En effet c'est elle qui sert de fondement au caractère inflexible de l'obligation de parfaite information du patient. La Cour de Cassation l'affirme clairement « Le devoir d'information du médecin vis-à-vis de son patient trouve son fondement dans l'exigence du respect du principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine⁷».

Le médecin est puissamment lié et soutenu par la tradition propre à son métier qui impose de «respecter jusqu'au bout la volonté d'un patient» pour autant qu'il ne mette pas autrui en danger et qu'il exprime sa volonté en pleine lucidité. Au delà de la tradition médicale, l'indépendance professionnelle des soignants travaillant en prison réaffirme que les besoins de santé du détenu doivent toujours constituer la préoccupation première du médecin.

La médiation s'avère être un acte délicat, car le soignant doit à la fois ne laisser aucun doute qu'il est au service de son patient mais également être respecté par le partenaire cible de la revendication. Au regard de cette exigence la médiation « processus de communication éthique » qui avait été présentée comme garante du consentement éclairé devant le Comité International de Bioéthique de l'UNESCO, offre une piste de recommandation dans la prise en charge des grèves de la faim prolongées. Organiser une démarche de médiation pour faciliter le dialogue pour savoir s'il est possible d'accéder ou pas à certaines demandes pourrait parfois être aidant.



« Il faut faire évoluer les modes de communication avec la personne détenue en situation de GDF. »

⁶Décision du Conseil Constitutionnel n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994 *l'embryon in vitro n'est pas un être humain doté de la dignité humaine*

⁷Cour de cassation - Première chambre civile 9 octobre 2001 / n° 00-14.564

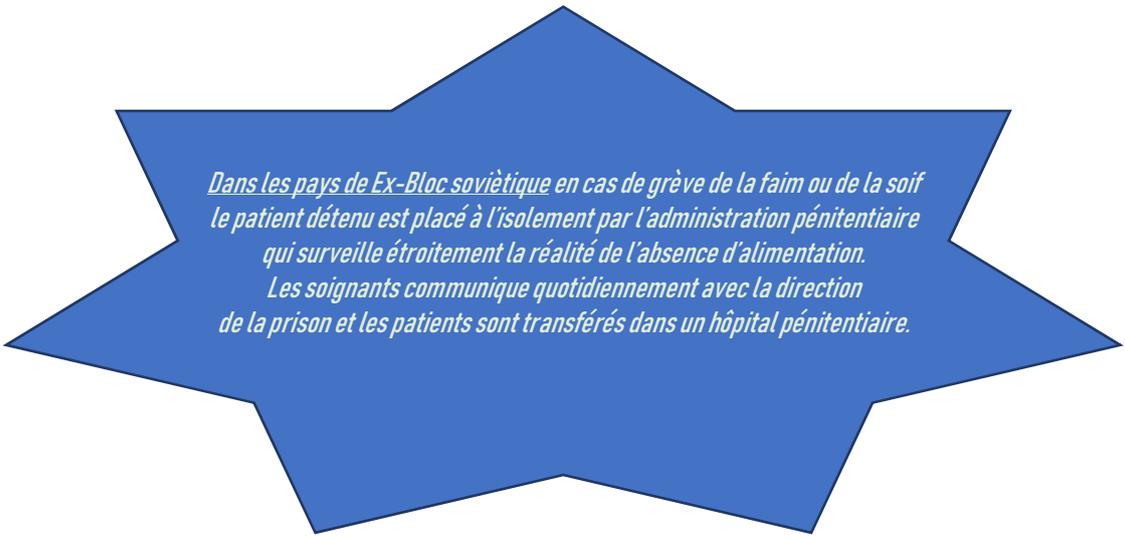
3 Situation internationale et européenne

La fin du vingtième siècle a été marquée par une croissance moyenne de 20 % du nombre de personnes incarcérées, cette croissance est même de 40 % pour la moitié des pays de la région Europe de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Les conséquences de la croissance de la population carcérale mondiale sont des établissements surpeuplés et des conditions de vie en détention détériorées. Cela impacte la santé psychique et somatique des prisonniers, leur sécurité et les perspectives de réinsertion.

Il existe très peu de données chiffrées sur les grèves de la faim en détention : le Comité International de la Croix Rouge (CICR) qui a le plus d'informations, ne publie pas de statistiques.

Lancé à Rome, en février 2013, l'Observatoire européen des prisons (OEP) comprend huit pays : la Grèce, l'Italie, le Royaume-Uni, la Pologne, l'Espagne, le Portugal et la France. Sur la base d'études quantitatives et qualitatives, il observe et analyse les conditions d'incarcération dans les pays concernés et les compare aux normes et standards internationaux, notamment les Règles pénitentiaires européennes établis par le Conseil de l'Europe (RPE).



Dans les pays de Ex-Bloc soviétique en cas de grève de la faim ou de la soif le patient détenu est placé à l'isolement par l'administration pénitentiaire qui surveille étroitement la réalité de l'absence d'alimentation. Les soignants communiquent quotidiennement avec la direction de la prison et les patients sont transférés dans un hôpital pénitentiaire.

Le programme Santé en prison de l'OMS recommande aux pays d'intégrer au sein de leur ministère de la Santé, la prestation des soins et des services de santé publique en milieu carcéral plutôt que de confier cette responsabilité au ministère de la Justice. Certains pays ont reconnu l'importance des soins de santé et la nécessité de réformer leurs systèmes : ainsi la Norvège, la France et le Royaume-Uni offrent désormais des services de santé aux personnes incarcérées à partir de leur système de santé générale.

Dans L'Europe de l'Ouest deux tendances se dégagent suivant que le système de santé en détention est sous la tutelle ministère de la Santé⁸ ou ministère de la Justice

Exemple du Portugal:

Lorsqu'un détenu entame une grève de la faim, il doit écrire au directeur, après s'être rendu seul dans une cellule, et les services cliniques le voient et prennent note de l'état mental, du poids, de la tension artérielle, du pouls, de la glycémie capillaire et des analyses d'urine.

Pendant la grève, les gardiens lui présente de la nourriture trois fois par jour et s'il disait qu'il ne voulait pas manger, ils en prennent note et emportent la nourriture.

Les services cliniques se rendent deux fois par jour et prennent note de l'état mental et des analyses de poids, de tension artérielle, de pouls, de glycémie capillaire et d'urine.. Si la grève de la faim est trop longue et que nous avons une détérioration de la santé, le prisonnier va à l'hôpital pénitentiaire ou à l'hôpital civil.

En France la loi du 18 janvier 1994 a permis l'entrée de l'hôpital dans les prisons françaises grâce à la mise en place d'un système de conventions entre les centres hospitaliers et les prisons.

L'objectif est de faire en sorte que les normes, les politiques et les programmes nationaux relatifs à la santé soient également appliqués en milieu carcéral. De même cela permet au personnel de santé exerçant en milieu pénitentiaire de disposer d'un niveau de formation et d'un soutien identiques, ainsi que d'un accès aux mêmes plateaux techniques que leurs confrères travaillant en établissements de santé.

« Les détenus doivent recevoir des soins de même qualité que ceux disponibles dans la société et avoir accès aux services de santé nécessaires sans frais et sans discrimination fondée sur leur statut juridique. »

(Règles Nelson Mandela des Nations Unies)

⁸La Norvège, la France et le Royaume-Uni

4 Cadre juridique relatif à la prise en charge des grèves de la faim prolongées au cours de la détention

I/La grève de la faim : principes et dérogations

a) Le principe du respect de la volonté du patient détenu

Le médecin informe le patient détenu qui entame une grève de la faim de ses droits en vertu de l'article L.1111-4 du Code de la santé publique : « *toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.* »

Il n'existe pas de soins sous contraintes en France (hors exceptions prévues par la loi). Ainsi, le consentement du patient qui se livre à une grève de la faim doit toujours être recherché.

En ce sens, l'article 36 du code de déontologie médicale (article R.4127-36 Code de la Santé Publique) dispose que : « *le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.* »

De plus, l'ancien article D364 du Code de procédure pénale remplacé par l'article R322-4 du code pénitentiaire dispose également que : « *si un détenu se livre à une grève de la faim prolongée, il ne peut être traité sans son consentement, sauf lorsque son état de santé s'altère gravement et seulement sur décision et sous surveillance médicales* ».

Un état de santé qui s'altère gravement renvoie à la nécessité pour l'équipe médicale de prendre des décisions sur la prise en charge du patient.

La prise en charge se basera en premier lieu sur la volonté du patient, via les directives anticipées ou sur les dires de la personne de confiance si le patient n'a pas pu exprimer sa volonté par écrit et n'est plus en état de le faire.

b) Le nécessaire recherche d'un équilibre entre le respect de la volonté du patient gréviste et la prise en charge médicale

L'article R322-4 du Code pénitentiaire ne prend pas en compte les directives anticipées du patient qu'il faut pourtant obligatoirement mettre en balance dans toute décision de soins et plus spécifiquement lorsque le pronostic vital peut être engagé.

En effet, l'article L1111-11 du Code de la santé publique dispose que : « *toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux.* »

Ainsi, si l'état de santé du patient gréviste de la faim se détériore, seules les directives anticipées doivent guider la prise en charge médicale (ou les dires de la personne de confiance si le patient n'a pas pu coucher par écrit sa volonté). Les directives anticipées prennent la forme d'un document écrit daté et signé.

De ce fait, une prise en charge médicale qui inclurait une « alimentation forcée » constituerait à la fois une violation de la loi mais aussi une violation de l'éthique médicale.

Pour se prémunir de tout risque légal et afin que ne lui soit pas opposé le principe de non-assistance à personne en péril, il est conseillé au médecin de s'assurer que le patient gréviste a rédigé ses directives anticipées dès le début de la grève de la faim. Ainsi, le médecin qui prend en charge une grève de la faim doit s'assurer d'être toujours guidé par ces différents principes.

Les principes du Code de la santé publique, sont des règles de droit commun s'appliquant à tout patient, et toujours prioritaires pour les médecins. Le Code pénitentiaire vient, quant à lui, compléter les dispositions du Code de la santé publique avec les spécificités en lien avec les personnes détenues.

La valeur réglementaire de l'article R322-4 du code pénitentiaire le place en complément de la loi issue du Code de la santé publique mais jamais en priorité.

II/ Les spécificités de la grève de la faim en détention

a) Gestion de la grève de la faim en détention : articulations pratiques entre la prise en charge médicale et la gestion de la détention

La grève de la faim est déclarée soit par une notification du détenu à l'administration pénitentiaire soit par une observation du personnel de surveillance. L'administration pénitentiaire sert ensuite de relais entre la personne détenue gréviste et l'unité sanitaire grâce à une fiche de signalement nécessaire pour avertir l'unité sanitaire du début de la grève. Cette fiche est seulement une fiche de signalement, il n'y a par la suite pas de fiche navette entre l'administration pénitentiaire et l'unité sanitaire.

Tout au long de la grève, l'administration pénitentiaire doit s'assurer que les conditions de détention de la personne détenue gréviste et sa prise en charge respectent les principes de dignité humaine. Ici s'arrête le rôle de l'administration pénitentiaire qui ne doit ni forcer le détenu à s'alimenter, ni interférer dans la prise en charge médicale.

Une fois le signalement par l'administration pénitentiaire réalisé, l'unité sanitaire évalue l'état du patient gréviste et décide de la prise en charge médicale à adopter.

Sous réserves du respect des règles de sécurité de la détention (niveau d'escorte, mouvements spécifiques...) l'administration pénitentiaire doit s'adapter à la prise en charge médicale décidée pour le patient gréviste.

b) Grève de la faim et acte auto-agressif

Les conduites auto-agressives font l'objet d'une vigilance particulière en détention, à la fois par l'administration pénitentiaire mais aussi par l'unité sanitaire. L'automutilation se définit comme le fait de porter atteinte à son intégrité physique, il s'agit donc d'un acte positif.

La grève de la faim est le fait de refuser de s'alimenter et/ou de s'hydrater, c'est donc un acte passif.

Si bien souvent les revendications ne sont pas les mêmes entre la personne détenue qui se livre à un acte positif (mal-être psychologique) et celui qui se livre à un acte passif (revendications d'ordre judiciaire). Néanmoins, des similitudes peuvent être constatées, incitant l'unité sanitaire et l'administration pénitentiaire à communiquer pour mieux comprendre la personne détenue et l'aider à sortir de l'acte positif ou passif.

Les situations pénales incertaines sont plus souvent à l'origine d'une grève de la faim. Une attention particulière doit être portée à ces situations. Si dans la grande majorité des cas, les grévistes ne cherchent pas à se faire du mal mais plutôt à « vivre mieux », la vigilance sur les revendications et la personne détenue gréviste doivent demeurer.

En effet, nous relatons des cas de personnes, notamment mineures, qui cessent de s'alimenter, sans revendication, dans une dynamique suicidaire de mort lente. Ces situations peuvent passer inaperçues en l'absence de déclaration de grève de la faim.

III/ Place de l'autorité judiciaire

En cas de grève de la faim d'une personne détenue, il résulte des dispositions des articles D364 du code de procédure pénale, D214-26 et R322-4 du code pénitentiaire que le chef de l'établissement pénitentiaire doit porter cette information à la connaissance du préfet, du procureur de la République, du directeur interrégional des services pénitentiaires, du garde des sceaux, ministre de la justice et le magistrat en charge du dossier de l'information judiciaire (en cas de personne prévenue), le juge de l'application des peines (en cas de personne condamnée) ou l'autorité militaire (si la personne détenue intéressée appartient aux forces armées).

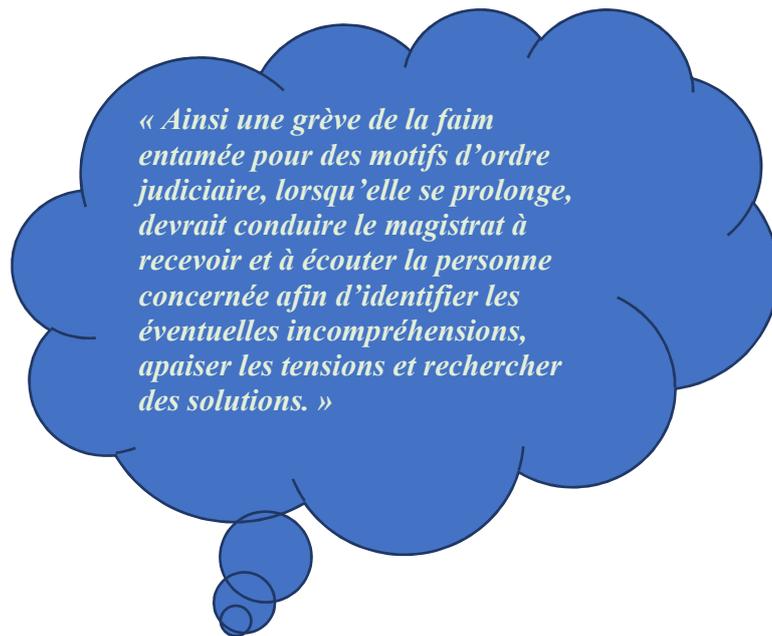
En cas de revendication dirigée contre une décision relevant l'administration pénitentiaire, le magistrat en charge du suivi de la personne concernée (juge d'instruction ou juge de l'application des peines) ne dispose pas d'un réel champ d'intervention.

En cas de revendication dirigée contre une décision relevant de l'autorité judiciaire, le magistrat peut si besoin échanger avec la personne détenue par courrier ou dans le cadre d'un entretien (notamment par visio-conférence). L'entretien semble toutefois devoir être réservé aux cas des personnes relevant de la compétence du juge de l'application des peines, les auditions et interrogatoires menés par le juge d'instruction obéissant à des règles de procédure particulières (notamment s'agissant de la présence d'un avocat).

Si la grève de la faim ne peut en elle-même aboutir à l'obtention d'une décision de

justice favorable (permission de sortir, aménagement de peine, mainlevée d'une interdiction, etc), cet échange peut éventuellement favoriser le sentiment d'écoute de la personne détenue et, bien que les motifs de chaque décision soient systématiquement portés à la connaissance de la personne détenue, permettre de surmonter de possibles difficultés de compréhension liées à ces motifs.

Dans certains cas, ce procédé peut également permettre au juge de l'application des peines d'indiquer précisément à la personne détenues les efforts attendus de sa part en vue de pouvoir prétendre à une mesure de confiance (sous réserve du droit d'appel du Ministère Public).



5 Modalités d'échanges entre les différents acteurs intervenant dans la gestion d'une GDF prolongée

A) Dans le cadre du soin

I/Entre soignants

Le médecin responsable de l'unité sanitaire communiquera avec l'ensemble de l'équipe dans un esprit d'entraide et de soutien réciproque à fin d'une vision pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire sur le contexte, en vue de relais autant que de besoin dans les interventions auprès de la personne détenue.

Une supervision pourra être organisée afin de rassurer l'équipe et lever les freins au respect des règles déontologiques et éthiques :

- ✓ échange autour du dilemme éthique que pose la GDF prolongée ;
- ✓ rappel des textes de loi relatives aux droits du patient et autres cités en introduction du guide.

Plus spécifiquement :

- Avec les confrères médecins généralistes et médecins psychiatres :
 - ✓ recueil des informations sur l'état de santé, des données personnelles familiales sociales psychologiques ;
 - ✓ organiser des interventions coordonnées : IDE, médecin généraliste, médecin psychiatre , psychologue, selon des prises en charge antérieures et aussi le contact privilégié avec la personne détenue ;
- Avec les personnels IDE
 - ✓ Organiser le suivi ;
 - ✓ Faire le point régulièrement sur l'état de santé ;
 - ✓ Conserver une attitude empathique.

II/ Avec les services de soins de l'hôpital de rattachement en cas de GDF prolongée

- le centre 15, le service des urgences
 - ✓ concernant les précautions en cas de réalimentation, les directives anticipées du patient, la personne de confiance, ainsi que le professionnel contact qui reste le médecin coordonnateur

B) Dans le cadre institutionnel

I/ Avec le médecin conseil de l'ARS :

- tenir informé de la situation ;
- décrire les démarches réglementaires réalisées.

II/Avec les personnels pénitentiaires

a) Après des surveillants des bâtiments

- ✓ S'enquérir des motifs à l'origine de la GDF ;
- ✓ Instruire les personnels de bâtiment sur les règles déontologiques, rappeler que les droits des patients et le respect de l'éthique s'appliquent en détention comme en milieu libre ;
- ✓ Encourager l'attitude empathique ;
- ✓ Avertir des risques de réalimentation inappropriée dont consommation de sucre dans le cadre d'une GDF prolongée ;
- ✓ Expliquer l'organisation du suivi sanitaire ;
- ✓ Identifier les interlocuteurs pénitentiaires privilégiés ;
- ✓ Recueillir toute information utile au suivi.

b) Après de la Direction de l'établissement pénitentiaire

- ✓ Recueillir toute information utile au suivi concernant des éléments de la vie en détention du patient pouvant être utiles dans la gestion de la GDF (parloir, travail, les perspectives de transfert...), formuler des préconisations médicales au fur et à mesure de l'évolution de l'état de santé.



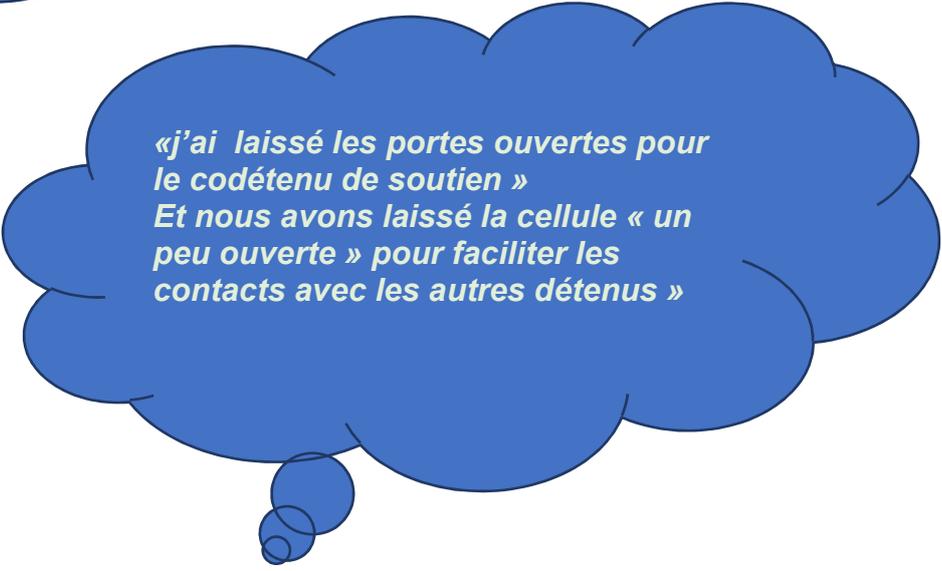
« Il faut faire évoluer les modes de communication avec la personne détenue en situation de GDF. »



« J'ai préféré les visites en cellule plutôt que les convocations au bureau. »



« Il faut se rapprocher de l'USMP, on ne peut pas être seul avec la personne en GDF »



*«j'ai laissé les portes ouvertes pour le codétenu de soutien »
Et nous avons laissé la cellule « un peu ouverte » pour faciliter les contacts avec les autres détenus »*



« Il faut garder la main sur la GDF » cad avoir la main sur les annonces et les promesses de la négociation »



« Il ne faut pas couper les liens avec une personne très déterminée »



« J'ai augmenté le nombre d'entretiens : ne pas couper le lien. C'est primordial »

6 Que peut-on légitimement attendre de la psychiatrie : prise en charge, expertise...

Sur ce sujet, les questions éthiques et déontologiques posées aux professionnels sont souvent complexes.

Les psychiatres exerçant en prison interviennent ainsi au même titre que pour tout signalement : accueil des personnes, évaluation de leur état psychique et si nécessaire mise en place de soins (hospitalisations, soins ambulatoires, ou pas de nécessité de suivi). Chaque situation clinique est singulière et doit être traitée comme telle.

Il n'y a pas de position de principe, à priori une grève de la faim peut s'inscrire dans des contextes cliniques très différents.

Le but du soin psychique est la création d'un espace/temps intervenant comme un tiers soignant à distance des contraintes et inquiétudes des autres partenaires.

La garantie de la confidentialité, du secret médical et du consentement au soin est fondamentale.

Comme pour tout accueil/évaluation, une traçabilité sera faite dans le dossier médical.

Le médecin psychiatre participe aux soins, il ne réalise pas une expertise, et n'a pas à transmettre d'écrit spécifique. Si l'autorité judiciaire veut connaître précisément l'état de santé de la personne elle diligentera une expertise.

Par ailleurs, l'existence d'une maladie psychiatrique n'implique pas systématiquement la perte du libre arbitre. Dans ce cas, le médecin a l'obligation de respecter la décision de jeûne

7 Évolution clinique spontanée en cas de privation alimentaire prolongée et suivi

Ce protocole concerne toutes les personnes détenues en privation alimentaire et/ou de boissons portée à la connaissance du service médical, par le biais de l'administration pénitentiaire, d'un tiers ou du patient lui-même. La prise en charge sanitaire des personnes en grève de la faim et de la soif n'est pas liée aux contraintes administratives de l'administration pénitentiaire mais à la nécessité sanitaire fonction de la clinique.

Cliniquement, l'évolution d'une grève de la faim peut être, schématiquement, subdivisée en quatre phases : la première semaine, le premier mois, la phase de maladie et la phase terminale.

I/ Première semaine

Le jeûne est bien toléré malgré la sensation de faim et les spasmes gastriques, qui disparaissent généralement après quelques jours, quelquefois après une ou deux semaines. Le taux de glucose dans le sang baisse initialement pour redevenir stable un peu en dessous du niveau normal. La perte quotidienne de poids est en moyenne de 660 g/jour. L'exercice physique est tout à fait possible ; le gréviste encourt peu de risques à condition de s'hydrater suffisamment.

II/ Premier mois

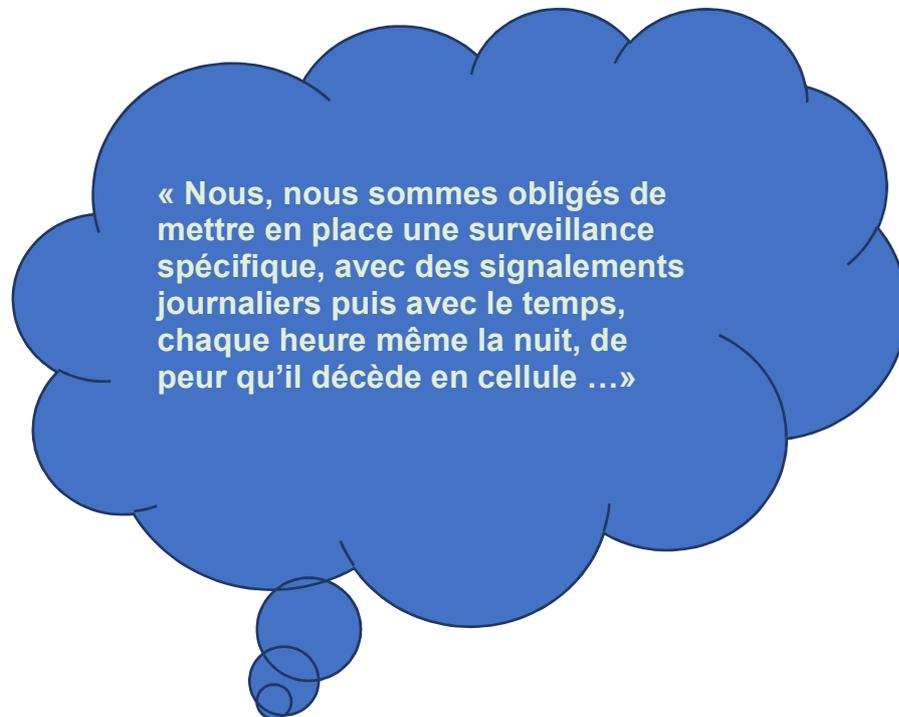
A partir d'une semaine de jeûne, des changements importants apparaissent : perte de poids (269 g/jour à partir de la deuxième semaine, soit environ 12 kg de pertes de poids en un mois), hypotension orthostatique, à partir du 20^{ème} jour, bradycardie, diminution de l'activité à cause des étourdissements et des céphalées, fatigue survenant rapidement, douleurs musculaires durant de petits exercices physiques, difficultés à se concentrer, diminution de la température corporelle, hoquet, crampes abdominales, saignements des gencives et insomnie.

Après trois semaines de jeûne, l'état de santé peut se détériorer au point de nécessiter une hospitalisation. Certains des symptômes mentionnés plus bas peuvent survenir également plus tôt, en fonction de chaque personne.

III/ Phase maladie

Le gréviste commence à se sentir vraiment malade aux alentours du 40^{ème} jour de jeûne environ. Selon une étude de Frommel, ce changement survient lorsque le gréviste a perdu entre 18% et 20% de son poids initial. Les signes et symptômes sont une intolérance gastrique, des nausées, des vomissements de bile, un ictère, une faiblesse musculaire accompagnée de douleurs, une sensation de froid, une diminution de l'audition, une diplopie, une cécité en phase finale, secondaire à des foyers hémorragiques rétiens, un nystagmus qui apparaît au début du 2^{ème} mois et

qui disparaît avec l'installation d'une paralysie oculaire totale, des hémorragies gingivales, gastro-intestinales et œsophagiennes, une peau sèche et écaillée, une labilité émotionnelle avec un discours incompréhensible (ce dernier étant davantage dû aux difficultés de concentration qu'à un amoindrissement des capacités mentales).



« Nous, nous sommes obligés de mettre en place une surveillance spécifique, avec des signalements journaliers puis avec le temps, chaque heure même la nuit, de peur qu'il décède en cellule ...»

IV/Éléments de suivi d'un patient cessant de s'alimenter ou en GDF

1er recueil de données, le plus tôt possible, au mieux Jo

ATCD

- Age
- Recherche de maladies chroniques pouvant s'aggraver lors d'un jeûne ou en aggraver son évolution :
 - Insuffisance cardiaque, maladies cardio-vasculaires
 - Maladie rénale
 - Diabète
 - Epilepsie
 - Maladies gastro-duodénales ou hépatiques
 - Maladies infectieuses
 - Asthme
 - Pathologies mentales
 - Troubles neurologiques
- Prise régulière d'un traitement
- ATCD de GDF avec leur durée et la perte de poids totale, récupération du poids antérieur
- Grossesse

Grève De la Soif (GDS) associée

Date de début de privation alimentaire et/ou de boissons

Examen clinique

- Evaluation de la capacité de discernement de la personne sur le plan neuro-psy → avis psy
- Poids
- Taille
- Mesure bilatérale de la pression artérielle couchée et debout
- Urines
 - Couleur (hydratation)
 - Bandelette urinaire : sucre, densité, pH, protéinurie, glycosurie, cétonurie

VI/ Désignation d'une personne de confiance et expression des directives anticipées



Le Conseil de l'Ordre des Médecins dans son rapport adopté lors de la session de juin 2021 préconise « Le médecin doit informer et inciter le patient privé de liberté à disposer de la faculté à rédiger des directives anticipées voire de désigner une personne de confiance⁹». Il faut s'attacher à présenter ces dispositions au patient dès la première période de grève de la faim.

A) Personne de confiance

Le patient doit être informé¹⁰ sur le rôle de la personne de confiance, notamment l'accompagnement dans les démarches et l'aide à la prise de décision concernant sa santé.

Il doit être informé que dans l'hypothèse où son état de santé ne lui permet plus de donner son avis ou de faire part de ses décisions, le médecin ou, le cas échéant, l'équipe médicale consultera en priorité la personne de confiance.

La désignation de la personne de confiance doit se faire par écrit (*annexe 1*). Il est possible de changer d'avis à tout moment et, d'annuler la désignation, ou de remplacer la désignation d'une personne par une autre. La personne de confiance doit avoir accepté la mission qui lui est proposée : le SPIP ou la Direction de l'établissement sont à même de faire la démarche auprès de la personne pressentie pour ce rôle.

Dans tous les cas, il est intéressant de remettre au patient un livret d'information (*annexe 2*) en veillant à sa bonne compréhension¹¹

⁹Le recours à l'interprétariat et/ou à un tiers pour écrire doit être envisagé dès que nécessaire

¹⁰ Idem 8

¹¹ Idem 8

B) Directives anticipées

De même que pour la personne de confiance, il est conseillé de proposer au patient de ***rédiger des directives anticipées à l'issue de la première phase de la grève de la faim en lui faisant préciser s'il accepte d'être alimenté en cas d'altération de la conscience. Ces directives pourront être réévaluées au fur et à mesure de l'évolution.***

Il existe deux modèles selon l'état clinique de la personne. L'utilisation d'un de ces modèles n'est pas obligatoire, mais est recommandée

- Un modèle A pour les personnes en fin de vie ou ayant une maladie grave (*annexe 3*)
- un modèle B concernant les personnes en bonne santé ou n'ayant pas de maladie grave (*annexe 4*)

8 Informations à délivrer au patient

Le plus tôt possible et avec un support papier

- ✓ Risques physiques et psychiques d'un jeûne prolongé
- ✓ Boissons abondantes 2 à 3l par jour avec 1 pincée de sel/litre
- ✓ Limiter la consommation de sucre qui accélère la baisse de la thiamine et donc augmente le risque d'encéphalopathie de Wernicke
- ✓ Apport vitaminique (B1) recommandé
- ✓ Plus le jeûne se prolonge, plus le risque de complications augmente, notamment à partir du 14^{ème} jour
- ✓ Une hospitalisation pourra être proposée par l'équipe médicale, que le patient peut refuser, en cas de dégradation de l'état clinique avec engagement du pronostic fonctionnel ou vital.
- ✓ **Enumération des différents symptômes associés à la privation alimentaire :**
 - Constipation, maux de ventre, nausées, parfois diarrhées
 - Tristesse, insomnie, anxiété, cauchemars
 - Maux de tête
 - Dysurie (infection urinaire)
 - Vertiges/troubles de l'équilibre
 - Fatigue
 - Faim, soif
 - Douleurs diffuses
 - Perte d'appétit
 - Troubles de la concentration
 - Paresthésies des extrémités
- ✓ Faire le point des traitements en cours, et toujours suivis ou arrêtés
- ✓ Modalités du suivi médical durant la privation alimentaire :
 - Surveillance infirmière
 - Surveillance médicale
 - Bilans biologiques
- ✓ Alerter le patient des risques de reprise alimentaire brutale en cas de jeûne prolongé : **la reprise alimentaire doit être lentement progressive sur 9 jours en commençant par un régime semi-liquide léger avec des aliments salés. Eviter le sucre.**

9 Prise en charge médicale d'une grève de la faim prolongée et/ou d'une grève de la soif

A) Suivi indicatif clinique et para-clinique d'une grève de la faim prolongée

La tolérance de la privation alimentaire est bonne la première semaine avec une dégradation progressive en 2^{ème} puis 3^{ème} semaine. Au-delà de la 3^{ème} semaine, la détérioration de l'état clinique peut nécessiter une hospitalisation.

En l'absence d'éléments aggravant et selon l'évolution clinique, la **surveillance**, effectuée à l'unité sanitaire ou en cellule si le patient ne s'y présente pas, doit être proposée avec au minimum :

I/ Surveillance clinique à titre indicatif, à adapter en fonction de l'examen:

- De J0 à J8
 - Surveillance IDE 3 fois par semaine avec Bandelette Urinaire (BU)
 - Consultation médicale à J8 avec 1^{er} bilan biologique
- A partir de J9
 - Surveillance IDE 1j/2, à adapter selon l'évolution clinique
 - Consultation médicale au moins 1 fois par semaine, à adapter selon l'évolution clinique avec l'évaluation des critères de gravité

Elle associe :

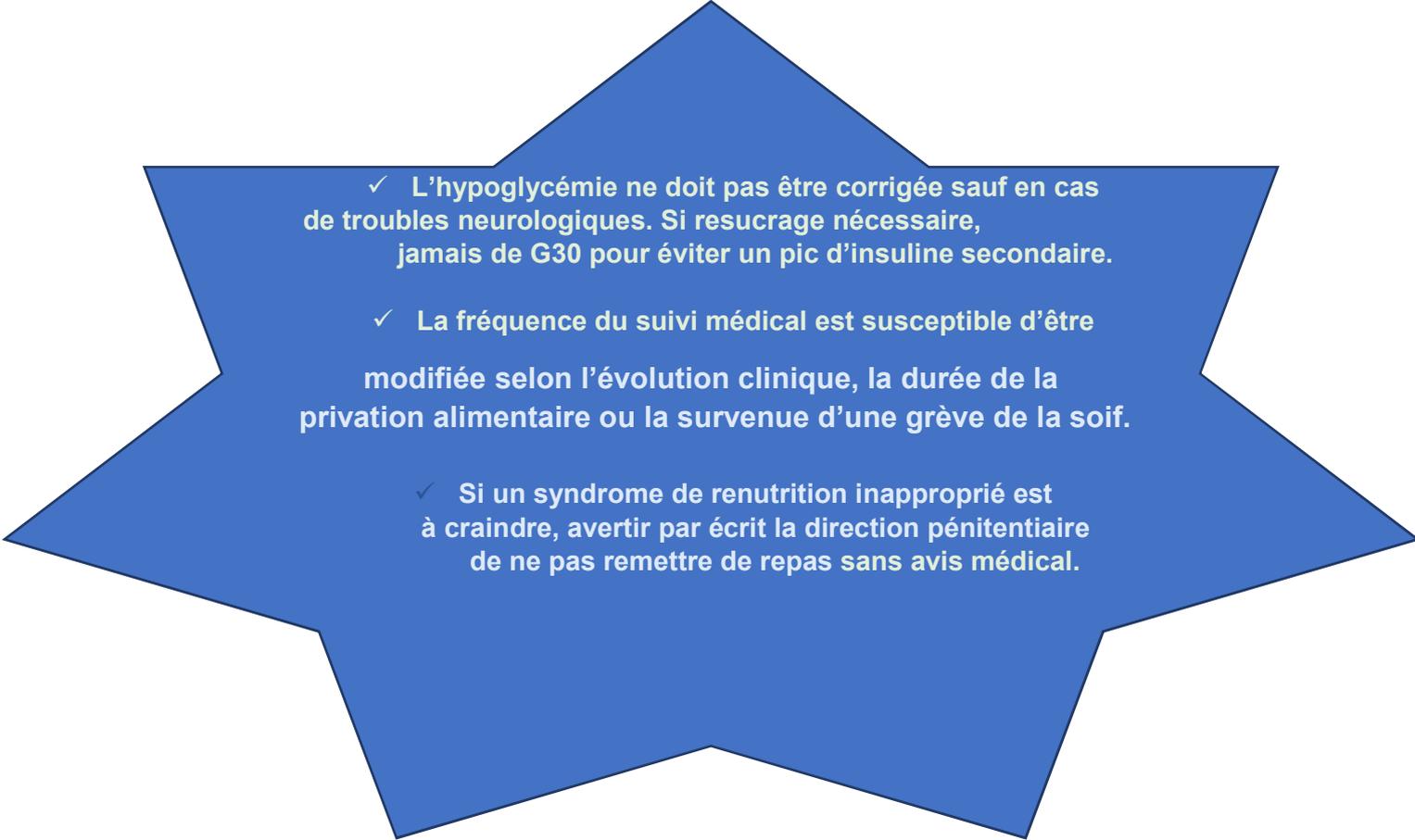
- **La recherche des symptômes présentés en cas de jeûne**
 - Constipation, maux de ventre, nausées, parfois diarrhées
 - Tristesse, insomnie, anxiété, cauchemars,
 - Vertiges/troubles de l'équilibre
 - Fatigue
 - Faim, soif
 - Douleurs diffuses
 - Perte d'appétit
 - Maux de tête
 - Troubles de la concentration
 - Paresthésies des extrémités
- **La quantité de sucre consommée**
- **La prise des paramètres vitaux**
 - Pouls (sur 30 secondes, voire 1 minute en cas de bradychardie)
 - Pression artérielle couchée et debout
 - Poids (sur balance initiale)
- **Bandelette urinaire**
 - Couleur des urines (évaluation de l'hydratation)

Glucosurie, densité, pH, protéinurie, glycosurie, cétonurie

III/ Surveillance para- clinique à titre indicatif,

A proposer chaque semaine à partir du 7^{ème} jour de privation alimentaire **en fonction de l'examen**

- NFS-CRP, Iono, phosphorémie, calcémie, magnésémie, créat, urée, acide urique, glycémie, préalbumine, bilan hépatique
ECG
- **Proposition d'un soutien psychique régulier**

- 
- ✓ L'hypoglycémie ne doit pas être corrigée sauf en cas de troubles neurologiques. Si resucrage nécessaire, jamais de G30 pour éviter un pic d'insuline secondaire.
 - ✓ La fréquence du suivi médical est susceptible d'être modifiée selon l'évolution clinique, la durée de la privation alimentaire ou la survenue d'une grève de la soif.
 - ✓ Si un syndrome de renutrition inapproprié est à craindre, avertir par écrit la direction pénitentiaire de ne pas remettre de repas sans avis médical.

B) En cas de Grève de la Soif associée

- ✓ Même suivi mais plus fréquent à adapter à l'état clinique.

C) Grève de la faim et traitements médicamenteux

Les patients sous traitement pour une affection chronique telle que l'insuffisance cardiaque, les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'insuffisance rénale, l'ulcère gastro-intestinal, l'insuffisance hépatique sont, lors du jeûne, plus à risque d'aggravation ou de développement de complications.

Ceci s'explique par les principaux évènements cliniques et biologiques que peut provoquer la grève de la faim elle-même : baisse de la fonction rénale, hypertension, hypotension orthostatique, insuffisance cardiaque, troubles cardiovasculaires, hypokaliémie, hypernatrémie, hémorragie gastrointestinale, ictère, convulsions, délire et déficit en vitamine B1 avec risque d'encéphalopathie de Gaye-Wernicke.

Ces évènements doivent être recherchés tout au long de la grève de la faim et peuvent donc entraîner des répercussions sur la prise en charge médicamenteuse des patients.

De plus, le jeûne peut modifier la pharmacocinétique des médicaments en modifiant :

- L'absorption (ex : certains antirétroviraux et antiviraux VHC)
- Le métabolisme en cas de développement d'insuffisance hépatique (ex : benzodiazépines) ou de diminution des réserves de glutathion (ex : paracétamol)
- L'excrétion, par diminution
 - De la fonction rénale (tous les médicaments dont l'adaptation de posologie est liée à la fonction rénale)
 - De l'élimination biliaire (ex : rifampicine, érythromycine)

Sur la base de ces éléments clinico-biologiques et pharmacocinétiques, la réévaluation des traitements chroniques est nécessaire dans les quelques jours suivant la grève de la faim :

- En suspendant, dans la mesure du possible, les médicaments « non essentiels » à court terme (ex : hypolipémiants)
- En adaptant le traitement en fonction de la balance bénéfices/risques vis-à-vis des éléments cités précédemment
- En évitant les formes retard
- En prescrivant d'autres médicaments (ex : potassium en cas d'hypokaliémie, vitamines B)

La démarche doit être tracée dans le dossier médical et le patient alerté des évènements observés pendant le suivi.

Chez le patient diabétique, les traitements sont à adapter dès le début de la grève de la faim : arrêt de l'insuline retard puis des antidiabétiques oraux, prescription d'insuline rapide sous contrôle de glycémies capillaires pluriquotidiennes.

La reprise du traitement médicamenteux chronique doit être prudente, progressive et adaptée au suivi biologique et clinique (glycémie pour les antidiabétiques, clairance rénale pour les médicaments éliminés par voie rénale, tension artérielle pour les antihypertenseurs etc.).

Le traitement médicamenteux doit en outre être adapté au contexte de fin de jeûne qui peut s'accompagner de symptômes somatiques (diarrhée, douleurs abdominales) et de difficultés psychologiques.

En cas de doute ou de question sur la poursuite d'un traitement, le pharmacien hospitalier référent de l'USMP peut être sollicité pour avis.

D) CAT en cas de jeûne prolongé ou d'évolution défavorable

S'il n'existe pas déjà, constituer un comité médical de suivi et de décision incluant le membre désigné par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM¹²) et, selon les ressources humaines disponibles, tout soignant impliqué dans la prise en charge du patient : médecin généraliste, pharmacien hospitalier, psychiatre, infirmier, référent éthique ...

Le comité se doit de faire respecter la volonté du patient y compris en situation de risque vital avéré.

I/ Recherche systématique de complications, à partir de J14

- Oligurie
- Augmentation des chiffres de pression artérielle
- Hémorragies digestives hautes
- Troubles électrolytiques (hypokaliémie, hyponatrémie)
- Signes d'encéphalopathie de Gayet Wernicke :
 - Ataxie, contractures,
 - Fatigue, somnolence,
 - Nystagmus
 - Polynévrite
 - Convulsions
 - Délire
- Ictère
- Œdèmes de carence

¹²Il s'agit en 2023 du Dr Patricia Escobedo, Conseillère nationale et Vice-Présidente de la Section Ethique et déontologie

II/ Hospitalisation APRES RECUEIL DU CONSENTEMENT DU PATIENT en cas de :

- Perte de poids >10% du poids habituel de forme
- Troubles de la conscience,
- Insuffisance cardiaque ou rénale (dyspnée, œdèmes)
- Déshydratation sévère (hypotension orthostatique > ou = à 25 mmHg)
- Hypothermie < ou = à 35°C
- Bradycardie < ou = à 35bpm

En cas de refus d'hospitalisation du patient :

- Organiser une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) du comité médical dès que l'état du patient le nécessite,
- Directives anticipées
- Personne de confiance
- Renforcer les échanges entre le patient et l'équipe soignante
- Proposer un suivi psychologique

III/ Reprise alimentaire : risque de syndrome de réalimentation grave entre J0 et J4

Lors du jeûne prolongé, il y a un manque en minéraux dans les cellules alors que les taux dans la circulation sanguine peuvent rester normaux.

La reprise de l'alimentation provoque le transfert dans les cellules de ces minéraux avec le risque d'une baisse dans la circulation générale.

Il est dangereux de consommer du sucre au décours d'un jeûne, car il existe alors un risque important d'encéphalopathie.

Vérifier les critères d'identification du patient à risque de syndrome de renutrition inappropriée (National Institute for Health and Clinical Excellence) :

Soit un des critères suivants : <ul style="list-style-type: none">• IMC <16.• Perte de poids > 15% dans les 3 derniers mois.• Apport nutritionnel faible ou nul depuis plus de 10 jours.• Concentrations basses de K, Ph, Mg.	Soit deux ou plus des critères suivants : <ul style="list-style-type: none">• IMC <18,5.• Perte de poids > 10% dans les 3 derniers mois.• Apport nutritionnel faible ou nul depuis plus de 5 jours.• Antécédent d'alcoolisme chronique ou traitement par insuline ou diurétiques.
---	---

En cas de risque identifié de syndrome de renutrition inappropriée

- Proposition d'hospitalisation

✓ **Si refus :**

- Faire signer un refus éclairé d'hospitalisation et tracer le refus dans le dossier médical
- Discuter de la CAT avec le comité médical, la personne de confiance et en tenant compte des directives anticipées

En l'absence de risque identifié de syndrome de renutrition inappropriée

Mise en place d'un protocole de renutrition en détention en concertation entre l'USMP et l'administration pénitentiaire.

Le patient doit être informé du protocole mis en place

- Pendant les 2 premiers jours, l'alimentation doit être presque exclusivement liquide, il est impératif de ne pas présenter au patient de plateau repas ordinaire,
- Éviter de manger de grandes quantités à la fois, plutôt 3 repas avec 2 à 4 en-cas/jour avec augmentation progressive de la quantité consommée,
- Éviter les aliments contenant des fibres : légumes et légumineuses, fruits frais, pain complet ,
- Eviter le lait et les produits laitiers, préférer les fruits en conserves ou cuits.

A titre d'exemple et selon les besoins :

J0 à J10 :

- Vitamine B1-B6 : 2 cp à J0 (avant de débiter la renutrition), puis 1cpx3/j de J1 à J10.
- Phosphore (0.3mmol/kg/j) : Phosphoneuros© 50 gouttesx3/j de J0 à J10.
- Magnésium (0.2mmol/kg/j) : Magnésium 150mg x2/j de J0 à J10.
- Potassium en fonction de la kaliémie : de 1-2 gélule de 1 à 4 fois par jour, si hypokaliémie persistante, rediscuter hospitalisation pour pose d'une VVP.

Exemple de prescription pour une réalimentation (à transmettre aux cuisines) :

1^{er}jour (10kcal/kg/jour) : Bouillon de légumes (dilué), éviter les soupes contenant du lait, purée de pommes de terre diluée avec de l'eau (pas de lait), biscottes, biscuits secs salés, compote de pommes, thé peu sucré, jus de fruits dilué.

2^{ème}jour : Idem J1+ introduction du pain

3^{ème} et 4^{ème}jours :Bouillon de légumes (dilué), purée de pommes de terre ou riz blanc avec du beurre, pain avec beurre et confiture, compote de pommes ou d'autres fruits, fruits en boîte, petit yaourt ou « cottage cheese », possibilité d'ajouter de la confiture, thé sucré, jus de fruits dilué.

5^{ème} et 6^{ème}jours : Bouillon de légumes (dilué) ou autres soupes, purée de pommes de terre ou riz blanc ou pâtes avec du beurre, hamburger cuit ou poisson, œuf,

fromage en petites quantités, pain avec beurre et confiture, thé sucré, jus de fruits dilué.

Essayer le lait si le yaourt a été bien toléré

7^{ème} et 8^{ème} jours : Idem que 5-6, mais en augmentant progressivement les quantités.

Ajouter d'autres viandes cuites, des légumes cuits : carottes, courgettes, tomates, haricots, asperges, concombre, courges, artichauts, salade

Au-delà :

Ajouter des fruits frais (un à la fois) et des légumes frais si bien tolérés

Reprendre un régime normal, voire une suralimentation pour reprendre du poids.

Surveillance clinique et biologique (IDE + médecin) pendant 10 jours.

Surveiller l'apparition d'œdème

Pesée régulière

Biologie sanguine : Na, K, Ph, Ca, Mg, fonction rénale, glycémie, ionogramme urinaire à répéter en fonction des besoins.

Conclusion

Le refus de s'alimenter est une liberté individuelle validée par l'article 5¹³ de la déclaration universelle des droits de l'homme et renforcée par le code civil¹⁴.

La grève de la faim prolongée est une forme de pratique protestataire très ancienne. C'est une forme de violence dirigée vers une institution susceptible de satisfaire une revendication.

Dans cette protestation sorte de « flirt » réel ou symbolique du gréviste avec la mort, le corps est utilisé comme une arme passive. Certains entendront là comme une forme de chantage, d'autres un sacrifice...

Pour le médecin, elle traduit la souffrance physique et morale d'une personne détenue qui place le soignant au cœur d'un dilemme éthique et déontologique : devoir d'assistance et respect d'une volonté librement exprimée.

Chaque grève de la faim est une épreuve qui suscite beaucoup d'émotions. En détention, la grève de la faim prend son sens aussi grâce « au public¹⁵ » des soignants impuissants, voire otages d'une lutte dont ils n'ont pas les clés.

La nécessité d'un public place ainsi le gréviste dans une position de non-retour, la durée de la grève renforce sa crédibilité et renoncer anéantirait cette crédibilité.

La clé de réflexion des soignants, leur démarche éthique, doit rester guidée par la déontologie et les lois imposant le strict respect de la volonté de la personne quelle que soit l'issue.

Ce livret ne prétend pas à être un protocole mais une aide à la discussion à la réflexion car chaque grève de la fin est unique : tant par l'histoire personnelle et judiciaire de la personne détenue, que par l'engagement éthique de l'équipe soignante.

Pour les soignants et l'administration pénitentiaire « embarqués », c'est l'épreuve d'une navigation sans gouvernail pour tenter d'arriver à bon port.

¹³Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

¹⁴ L'article 16-3 du Code civil dispose : " il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui ".

¹⁵soignants, agents de la pénitentiaire

On retiendra :

- Chaque GDF est unique ;
- La prise en charge médicale doit être collégiale ;
- La création d'un comité de suivi médical pluridisciplinaire peut aider ;
- La section éthique du conseil national de l'ordre des médecins, a désigné pour participer au comité de suivi médical pour les Grèves de la Faim longues, un médecin¹⁶ de la Section Ethique et Déontologie ;
- L'équipe médicale organise la communication nécessaire entre les différents intervenants dans le respect du secret médical ;
- Le patient est informé de sa situation clinique dès le début de la grève puis pendant son déroulement ;
- Il faut recueillir des directives anticipées¹⁷ ;
- Il faut inciter à la désignation d'une personne de confiance ;
- La médiation en santé peut offrir une piste au dilemme ;
- La reprise de l'alimentation d'une grève de la faim prolongée est une phase délicate qui doit se faire sous surveillance médicale ;
- La nutrition forcée est assimilée à un acte de torture¹⁸.



¹⁶Il s'agit en 2023 du Dr Patricia Escobedo, Conseillère nationale et Vice-Présidente de la Section Ethique et déontologie

¹⁷Voir annexes 6 et 7

¹⁸La déclaration de Tokyo de 1975, article 6 et Déclaration de Malte 1991 de la World Medical Association (WMA)

Références bibliographiques

- Appel au débat « Suivi médical des grévistes de la faim » La revue Prescrire 1998/Tome 18 n° 188 p 718
- Appel au débat « Suivi médical des grévistes de la faim » La revue Prescrire 1999/Tome 19 n° 191 p 74
- Aspects médicaux, éthiques et déontologiques de la grève de la faim en milieu carcéral Walid Bouali et al La Tunisie Médicale- 2021 ; vol 99 (11) : 1045-1054
- Code de déontologie médicale ; Ordre National des Médecins édition 2021
- Commission d'enquête sur les dysfonctionnements et les manquements de la politique pénitentiaire française. Assemblée Nationale rapport n° 4906 M. Philippe Benassaya et Mme Caroline Abadie
- Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela) ONUDC (Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime)
- Ethique médicale, bioéthique et normativité sous la direction de Christian Hervé Dalloz 222 pages, parution le 04/12/2003
- *Experience from an interregional hospital secured unit* , National Institutes of health (gov) de F Dubois 2011
- Grève de la faim des personnes placées en lieu de privation de liberté: Préconisations déontologiques https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/lz5p9w/cnom_recommandations_greve_de_la_faim.pdf
- *Hunger strike among detainees :guidances for good medical practice* Laurent Gétaza et al Swiss Med Wkly. 2012 ;142 :w 13675
- L'alimentation forcée est contraire à la déontologie médicale. Une grève de la faim est un acte de protestation-Quelle est la place des soignants ? Bruno Gravier et al ; Bulletin des médecins suisses | SchweizerischeÄrztezeitung | Bollettino dei medicisvizzeri | 2010;91: 39
- Les droits de l'Homme, indispensable boussole éthique. Michèle Guillaume-Hofnug Commission Nationale pour l'UNESCO Lettre n°15 octobre 2002
- Lignes directrices pour la gestion de la grève de la faim en milieu carcéral . Royaume du Maroc ; juin 2021
- Prise en charge des patients grévistes de la faim en milieu carcéral : éléments médicaux et éthiques. Dr Marie-ElisabethPapine-PaktorisThèse Sorbonne Université 2022
- Prise en charge médicale de la grève de la faim en milieu carcéral Stéphanie Fayeulle et al La Presse Médicale tome 39 > n810 > octobre 2010 217-222
- Proposition d'intégrer la médiation dans les instruments de communication éthique Michèle Guillaume-HofnungCommunication l'Université de Paris 2
- Protocole de prise en charge médicale des patients en grève de la faim et/ou de la soif USMP CHU Nantes actualisé au 01/05/22 Dr Jirka
- Protocoles Signalement d'un jeûne, grève de la faim, grève de la soif. Suivis infirmier. Ordonnances type. Unité de consultations et de soins ambulatoires. Département Urgences-SAMU-C15 Maison d'Arrêt d'Agen
- Rapport de vérification sur place : Situation d'une personne détenue en grève de la faim pendant soixante-neuf jours - Etablissement public de santé national de Fresnes (Val de Marne) et Hôpital Raymond-Poincaré de Garches (Hauts-de-Seine) Contrôleur Général des lieux de privation de liberté Septembre-Octobre 2017
- Rapport Division de l'éthique des sciences et des technologies : Réunion du groupe de travail du Comité International de Bioéthique (CIB) sur le consentement. SHS/EST/06/CIB/WG-1/3 Paris, 13 juillet 2006

- Refus d'aliments solides et liquides. Circulaire AP86.24 G1 en date de 13 octobre 1986
- Suivi médical de 55 grévistes de la faim- Enseignement et recommandations. Thèse n° 10162 octobre 2000 Université de Genève Dr Florence Deshusses-Epelly

Annexe 1

Modèle d' Imprimé de déclaration des grèves de la faim, proposé par le groupe de travail.

DISP :
Nom de l'établissement :-----

Compte rendu :

Grève de la faim
Ou
Grève de la soif

Identité de la personne détenue

Nom :
Date de naissance :
N° d'écrou :

Prénom :
Lieu de naissance
N° de cellule

Cadre réservé à l'administraton pénitentiaire

Personne détenue affectée :

Détention ordinaire Quartier isolement Quartier disciplinaire CPROU

Refus de s'alimenter Depuis --/--/-----

Refus de boire Depuis --/--/-----

Motifs :

Remarques particulières :

Date :

Visa du chef d'établissement :

Document transmis à l'unité sanitaire le : --/--/-----

Cadre réservé à l'unité sanitaire

Mise en place d'un suivi depuis --/--/-----

Préconisations médicales formulées auprès de l'administration pénitentiaire :

Date --/--/----- Visa du Médecin

Document transmis à l'administration pénitentiaire le : --/--/-----

Foire aux questions

Il est fondamental qu'un médecin ne mente jamais à un patient. Les réponses devront bien entendu être adaptées à chaque cas et enrichies par l'expérience personnelle et collective des praticiens.



« Je ne veux pas être examiné parce que je ne vous fais pas confiance. »

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 faim, et je respecte votre décision de ne pas vouloir vous 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 ?



« 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.



« 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 si vous cessez 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 même s'ils sont pénibles à supporter 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 dès les premiers jours (2 l à titre indicatif) tout au long de votre GdF.
- Deuxièmement, vous pouvez réduire et contrôler la douleur en faisant de l'exercice physique léger. 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.



« Quelles sont les conséquences à long terme d'une grève de la faim ? »

Mis à part les maux de tête et de ventre que vous pourrez 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 perdrez 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 d'aussi bien fonctionner qu'avant
- 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 la difficulté à dormir, et faire des cauchemars.

Si cela arrive, n'hésitez pas à me le faire savoir, d'accord ?



« Combien de temps puis-je tenir sans manger ? »

C'est une question à laquelle le médecin ne peut pas répondre. Chaque grève de la faim est unique. Cela dépend vraiment de vous, de votre santé, et de ce que vous faites pour éviter de prendre des risques



« Combien de temps puis-je tenir sans boire ? »

L'eau est un élément fondamental pour notre santé.

Le temps avant de mourir est extrêmement court : pas 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.

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.



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

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 réagissent. 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, et vous vous sentirez rapidement soulagé après.



« Est-il bon d'ajouter du sucre à l'eau ? En quelle quantité ? »

Il est dangereux de consommer du sucre au-delà du 10^{ème} jour de jeûne du fait de la carence en vitamine B1 qui est responsable de troubles neurologiques sévères.



« 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, avec 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. Nous pourrions en discuter ensemble le moment venu, en fonction de l'évolution clinique et de vos symptômes.



« Pourquoi devrais-je prendre des vitamines ? »

Il a été prouvé que la prise de vitamines, et en particulier de vitamine B, peut réduire et les risques de complications et la mortalité causées par une grève de la faim.

Il s'agit d'une forte recommandation médicale, afin de maintenir votre corps en meilleure santé le plus longtemps possible.

Cela relève de votre choix : si vous refusez les vitamines, je respecterai votre souhait et continuerai à vous suivre. Si vous n'êtes pas sûr, vous pouvez y réfléchir et nous pouvons en rediscuter en temps voulu.

Évaluation des critères de gravité à partir de J8

CRITÈRES DE GRAVITÉ :	
CLINIQUES :	BIOLOGIQUES :
<ul style="list-style-type: none"> • Importance et vitesse d'amaigrissement : perte de 15% du poids en moins de 3 mois. • IMC <14kg/m² • Malaises et/ou chutes ou pertes de connaissance • Hypotension artérielle <90/60 mmHg. • FC bradycardie <40/min. • Paresthésies des extrémités • Amyotrophie importante avec hypotonie axiale • Encéphalopathie de Gayet-Wernicke : somnolence, manifestations neurologiques (ataxie, contractures diffuses de type extrapyramidal, confusion avec bouffées oniriques), manifestations oculaires (nystagmus, paralysie extrinsèque et intrinsèque). Les séquelles sont possibles (sd démentiel). La vitamine B1 peut être dosée, la normale est comprise de 1.8 à 6.2 µg/100mL. • Vomissements incoercibles, hémorragies gastriques. • Ictère, œdème de carence. • Hypothermie <35°C. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hypoglycémie <0.3g/L. • Hypoglycémie symptomatique <0.6g/L. • Cytolyse hépatique > 10N. • Hypokaliémie < 3 mEq/L. • Hypophosphorémie < 0.5 mmol/L. • Insuffisance rénale : DFG < 40mL/min. • Natrémie <125 mmol/L (potomanie, risque de convulsion, surtout après 30j de jeûne). • Natrémie >150 mmol/L (déshydratation). • Leucopénie <1000/mm³ ou Neutropénie < 500/mm³ • Hypoalbuminémie

Annexe 4

Désignation d'une personne de confiance :

Je soussigné, *Prénom Nom, date de naissance,*

Désigne :

Monsieur / Madame (*Prénom Nom*)

Adresse téléphone

Lien avec la personne (*parent / médecin / proche*)

Pour m'assister en qualité de personne de confiance pour la durée de mon séjour dans l'établissement pénitentiaire.

J'ai bien noté que Monsieur / Madame (*Prénom Nom*)

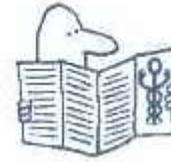
- pourra, à ma demande, m'accompagner dans les démarches concernant mes soins ;
- pourra être consulté(e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins qui me sont prodigués et devra recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, aucune intervention importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre ;
- ne recevra pas certaines informations que je juge confidentielles et que j'aurai indiquées au médecin ;
- sera informé(e) de cette désignation par mon CIP qui devra s'assurer de son accord.

Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.

Fait
le (*date*)

Signature

Signature de la personne désignée



Fiche 9

La personne de confiance

Vous pouvez désigner dans votre entourage une personne de confiance qui peut, si vous le souhaitez, vous accompagner dans vos démarches de santé – y compris lors des consultations médicales – et transmettre à l'équipe soignante vos volontés au cas où vous seriez hors d'état de vous exprimer.

En quoi la personne de confiance peut-elle m'être utile ?

Elle peut vous accompagner dans vos démarches, assister à vos entretiens médicaux et, éventuellement, vous aider à prendre des décisions concernant votre santé.

Dans l'hypothèse où votre état de santé ne vous permet plus de donner votre avis ou de faire part de vos décisions et préalablement à toute intervention ou investigation, le médecin ou, le cas échéant, l'équipe médicale qui vous prend en charge, consultera en priorité la personne de confiance que vous aurez désignée. L'avis ainsi recueilli auprès de la personne de confiance guidera le médecin pour prendre ses décisions.

Vous pouvez en outre confier vos directives anticipées à votre personne de confiance.

Quelles sont les limites d'intervention de la personne de confiance ?

Si vous n'êtes pas en mesure de le faire vous-même, la personne de confiance s'exprime en votre nom et selon vos souhaits. Elle doit donc connaître vos volontés et les exprimer lorsqu'elle est appelée à le faire. La personne de confiance ne peut toutefois pas obtenir communication de votre dossier médical, à moins que vous ne lui fassiez une procuration expresse en ce sens. De plus, si vous souhaitez que certaines informations ne lui soient pas communiquées, elles demeureront confidentielles, quelles que soient les circonstances. Si vous n'êtes plus en mesure d'exprimer votre volonté, seules les informations jugées nécessaires pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité seront communiquées à votre personne de confiance.

Annexe 6 : Directives anticipées modèle A

→ Je suis atteint d'une maladie grave

→ Je pense être proche de la fin de ma vie

Je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.

Mes volontés sont les suivantes :

1° à propos des situations dans lesquelles je risque de me trouver (par exemple, situation de coma en phase terminale d'une maladie).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

.....
.....

2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

► J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient entrepris, notamment :

- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) :
- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale :
- Une intervention chirurgicale :
- Autre :

► Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient arrêtés notamment :

- Assistance respiratoire (tube pour respirer) :
- Dialyse rénale :
- Alimentation et hydratation artificielles :
- Autre :

► Enfin, si mon médecin m'a parlé de manière plus précise d'autres actes ou traitements qui pourraient être entrepris ou maintenus compte tenu de la maladie dont je suis atteint, j'indique ici ceux dont j'accepte ou ceux dont je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :

.....
.....

3° à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

.....
.....

Fait le à

Signature

Annexe 7: Directives anticipées modèle B

→ *Je pense être en bonne santé*

→ *Je ne suis pas atteint d'une maladie grave*

Je rédige les présentes directives anticipées **pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.**

Mes volontés sont les suivantes :

1° à propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc.. entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

.....
.....

2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse de tels actes (par exemple : réanimation cardio respiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, etc.) :

.....
.....

3° à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

.....
.....

Fait le à

Signature

Annexe 8 : valeurs énergétiques des principaux aliments

<u>Aliments</u>	<u>Quantité</u>	<u>Valeur énergétique</u>
Légumes crus ou cuits + 5 g de beurre ou 1 cuiller à café d'huile	100gr	60 kcal
Viande blanche	100 g	150 kcal
Viande rouge	100 g	200 kcal
Poisson	100 g	100 kcal
Jambon	1 tranche de 50 g	150 kcal
Pâtes/riz/semoule	100 g de féculents cuits avec 5 g beurre ou 1 cuiller café d'huile	120 kcal
Quiche/pizza	100 g	250 kcal
1 fromage	Portion	100 kcal
Yaourt sucré	1	150 kcal
Fruit, compote sucrée	1 pot	80 kcal
Confiture	30 g	120 kcal
Beurre	10 g	75 kcal
Pain	1/5 de baguette	125 kcal
Biscotte	1	40 kcal

Annexe 9: formulaire suivi IDE GDF

DÉBUT GRÈVE DE LA FAIM LE :
Suivi IDE 3 fois par semaine, sauf jour où Cs Med,
Puis suivant prescription médicale

Prescription médicale (à reporter par l'IDE):
 Fréquence du suivi :
 Fréquence des consultations médicales :
 Fréquence des bilans sanguins :
 PRINCIP : Oui Non

DATE	Identification del'IDE	Nombre de jour de GDF	POIDS	TA	π	T°	Signes fonctionnels Soif, constipation, douleurs abdominales, asthénie, difficultés de concentration, tristesse, insomnie, difficultés à la marche, malaises, nausées	Bilansanguin	CS MED
		J							
		J							
		J							
		J							
		J							
		J							
		J							
		J							
		J							

Annexe 10 : formulaire suivi IDE GDS

DÉBUT GRÈVE DE LA SOIF LE :
Suivi IDE quotidien

DATE	Identifica tion de l'IDE	Nombre de jour de GDS	POIDS	TA	π	T°	ETAT GENERAL	BS Dès J2 et en fonction des prescription	CS MED 3X/semaine
		J							
		J							
		J							
		J							
		J							
		J							
		J							