

Chronique

Grève de la faim des détenus, un conflit de droits non réglé par la loi

Hanène Romdhane (Docteur en droit public)

11, rue Émile-Duployé, 33000 Bordeaux, France

Disponible sur Internet le 25 avril 2008

Résumé

La grève de la faim en prison ouvre sur un débat éthique fondamental, car elle met en conflit un droit individuel, la responsabilité des établissements pénitentiaires, d'une part, et le devoir des soignants de sauver la vie, d'autre part. Le droit offre des références internes et internationales, mais pas de solutions tranchées. S'imposeront alors des décisions en conscience, le droit ne définissant que le cadre.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

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

1. Droit interne

La vie en prison résulte d'abord de contraintes spécifiques, mais les droits des détenus doivent être analysés au regard du droit général.

Adresse e-mail : haneneromdhane@yahoo.fr.

1.1. Les règles spécifiques

1.1.1. Les rôles de l'administration et des médecins

Une circulaire JUSE 9840065C du 14 décembre 1998 rappelle la répartition des fonctions entre l'administration pénitentiaire et les médecins. L'administration doit s'assurer de la réalité de la démarche du détenu, aviser le corps médical et éventuellement décider d'un placement à l'isolement, mesure qui n'est pas de caractère disciplinaire, mais préventif.

« Il n'appartient pas à l'administration de conforter la détermination d'un détenu de refuser les aliments en soutien d'une revendication quelle qu'elle soit. Il revient aux chefs d'établissement de s'assurer de la préservation de la santé du détenu, par la déclaration immédiate à l'équipe médicale de la volonté de l'intéressé de ne plus s'alimenter et par l'organisation du suivi médical qui seul permet de contrôler l'authenticité de la démarche. »

« Le maintien du détenu dans sa cellule d'affectation initiale ne fait pas obstacle à l'organisation du suivi médical. »

« En revanche, il peut apparaître nécessaire, pour des raisons tenant à l'ordre et à la sécurité de l'établissement, par exemple une grève de la faim suscitant des risques de soutien ou de mouvement collectif, de placer à l'isolement un détenu en grève de la faim. »

La même circulaire précise que la mise à l'isolement ne constitue pas une sanction disciplinaire.

« La mesure d'isolement, mesure de précaution, ne peut pas être utilisée à titre de sanction disciplinaire. Les motifs de la décision de placement à l'isolement doivent être distincts de ceux de la sanction disciplinaire qui aurait pu éventuellement la précéder. »

« Le quartier d'isolement et le quartier disciplinaire doivent être, dans la mesure du possible, des quartiers nettement distincts. Les cellules du quartier d'isolement doivent recevoir un ameublement identique à celui des cellules ordinaires. »

1.1.2. Le Code de procédure pénale et le consentement aux soins des détenus

Le principe du consentement avant toute intervention médicale est rappelé par l'article D. 362 du Code de procédure pénale :

« Hors le cas où l'état de santé du détenu rend nécessaire un acte de diagnostic ou de soins auquel il n'est pas à même de consentir, celui-ci doit, conformément aux dispositions de l'article 36 du Code de déontologie médicale (aujourd'hui R. 4317-36 du Code de santé publique), exprimer son consentement préalablement à tout acte médical et, en cas de refus, être informé par le médecin des conséquences de ce refus. »

Au regard de cette règle, le gréviste de la faim peut refuser la visite du médecin ou sa perfusion et d'une manière générale toute forme d'alimentation forcée. Pas si simple, car suit l'article D. 364, issu d'un décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 qui fixe une limite décisive : *« 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. »*

Bref, le texte permet de briser la grève de la faim, *« lorsque l'état de santé s'altère gravement »*. Ce qui renvoie à une appréciation médicale. Il faut alors s'intéresser au cadre juridique général.

1.2. Les règles générales

1.2.1. La loi

Pour comprendre cette question difficile, il faut sortir de l'enjeu spécifique qu'est la grève de la faim en milieu pénitentiaire et raisonner à partir des principes généraux, posés par deux textes de loi.

La base est l'article 16-3 du Code civil :

« Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne. »

« Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement, hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir. »

Le contenu se retrouve, plus détaillé, dans le Code de la santé publique, avec l'article L. 1111-4.

« 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. »

« Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de son choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. »

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

Le Code de déontologie médicale apporte quelques précisions complémentaires.

1.2.2. La déontologie médicale

Les principes sont posés par l'article R. 4127-36 du Code de la santé publique, soit l'ancien article 36 du Code de déontologie médicale :

« Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. »

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

« Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité. »

Dans un rapport du 29 janvier 2004 adopté par l'Ordre des médecins, « Du droit au consentement au droit au refus de soins, le Pr Jean-José Bouquier écrit :

« Le gréviste de la faim est certes libre de mettre sa vie volontairement en danger et aucun soin ou acte médical ne peut lui être imposé contre sa volonté. Mais lorsque le malade n'est plus en état d'exprimer un refus lucide, le devoir du médecin est de prescrire une hospitalisation au cours de laquelle se décidera l'indication des soins indispensables et proportionnés à sa survie. »

Approche intéressante, mais qui reste trop floue au regard des enjeux, s'agissant de la protection d'une liberté fondamentale, à savoir le consentement préalable à tout acte médical.

Les textes ne tranchent rien et on ne connaît pas de décision de jurisprudence qui ait explicitement tranché la question. C'est donc le raisonnement de la jurisprudence qu'il faut suivre.

1.2.3. *Le raisonnement de la jurisprudence*

Solution inattendue : c'est du côté des témoins de Jéhovah que se trouvent les meilleurs éléments de réponse s'agissant de cette contradiction entre le refus de soins et le devoir de soigner qui s'impose au médecin.

L'arrêt de référence a été rendu par le Conseil d'État statuant en référé le 16 août 2004, dans l'affaire Valérie Feuillatey (n° 249552).

Une femme avait été hospitalisée le 28 juillet 2002 au service des soins intensifs postopératoires du centre hospitalier de Saint-Étienne. Elle avait fait savoir qu'en raison des convictions qui étaient les siennes comme Témoin de Jéhovah, elle refusait l'administration de tout produit sanguin, quelles que soient les circonstances. Or, les médecins du centre hospitalier, estimant que le recours à une transfusion sanguine s'imposait pour sauvegarder la vie de la patiente dont l'état évoluait dans des conditions qui présentaient un risque vital à court terme ont néanmoins pratiqué un tel acte le 5 août 2002.

Le Conseil d'État répond nettement.

« Le droit pour le patient majeur de donner, lorsqu'il se trouve en état de l'exprimer, son consentement à un traitement médical revêt le caractère d'une liberté fondamentale. »

« Toutefois, les médecins ne portent pas à cette liberté fondamentale une atteinte grave et manifestement illégale lorsqu'après avoir tout mis en œuvre pour convaincre un patient d'accepter les soins indispensables, ils accomplissent, dans le but de tenter de le sauver, un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état. »

« Le recours, dans de telles conditions, à un acte de cette nature n'est pas non plus manifestement incompatible avec les exigences qui découlent de la Convention européenne de sauvegarde des Droits de l'homme et des libertés fondamentales et notamment de son article 9 (Liberté de religion). »

Le Conseil d'État ajoute qu'il incombe au préalable aux médecins, d'une part, de tout mettre en œuvre pour convaincre la patiente d'accepter les soins indispensables, d'autre part, de s'assurer que le recours à une transfusion soit un acte indispensable à la survie de l'intéressée et proportionné à son état.

C'est un raisonnement de même nature, qui doit jouer en matière de grève de la faim, surtout s'agissant d'un détenu, du fait des obligations que cette situation particulière crée à la charge de l'État. Lorsque la vie est en jeu, et que la seule solution est la réalimentation, le devoir du médecin est de sauver cette vie, et donc d'effectuer les actes nécessaires à la réalimentation. La patiente ne peut être considérée « en fin de vie », car des actes thérapeutiques, simples au demeurant, établiront que l'échéance n'avait rien de fatal.

2. Droit international

2.1. Les déclarations de l'Association médicale mondiale

Il n'existe pas de texte de nature réellement internationale qui pourrait avoir autorité juridique, telle une résolution de l'Onu. En revanche, deux textes adoptés par l'Association médicale mondiale sont retenus comme des références pertinentes.

2.1.1. La déclaration générale de l'Association médicale mondiale (Tokyo, 1975)

Il s'agit d'abord d'un texte à vocation générale, la déclaration de l'Association médicale mondiale adoptée à Tokyo en 1975, réunissant des 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.

L'extrait pertinent se trouve au point 5.

« Lorsque 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 pourrait avoir sur sa santé. »

2.1.2. La déclaration spécifique de 1991

L'Association médicale mondiale sur les grévistes de la faim a été adoptée par la 43^e Assemblée médicale mondiale à Malte en novembre 1991.

2.1.2.1. Le préambule. Le préambule fixe quelques principes de réflexion :

« Le traitement des grévistes de la faim met le médecin en présence des valeurs conflictuelles suivantes :

« Tout être humain a l'obligation morale de respecter le caractère sacré de la vie, et cela va de soi pour le médecin en particulier qui met tout son savoir-faire à sauver les vies humaines et qui sert son patient au mieux de ses intérêts (Bienfaisance). »

« Il est du devoir du médecin de respecter l'autonomie du patient. Aussi, avant de pouvoir assister le patient de sa compétence professionnelle, le médecin devra-t-il avoir son consentement éclairé, à moins d'une urgence imprévue, auquel cas il se devra d'agir dans ce qu'il présume être le meilleur intérêt du patient. »

« La situation devient conflictuelle lorsque le gréviste de la faim tombe dans le coma est sur le point de mourir et qu'il a clairement donné l'ordre de ne pas procéder à la réanimation. Or, si le médecin, par obligation morale, éprouve, d'un côté, la nécessité de procéder à la réanimation en dépit du souhait exprimé par le patient, il se trouve, d'un autre côté, vivement engagé à respecter son autonomie. »

« Le fait de se prononcer en faveur d'une intervention peut, dans certains cas, porter atteinte à l'autonomie du patient. »

« Le fait de se prononcer en faveur d'une non-intervention peut entraîner le médecin à devoir faire face à une mort tragique inévitable. »

« Il y a une relation médecin/malade chaque fois que le médecin est tenu, en vertu de ses obligations vis-à-vis du patient, d'exercer, que ce soit sous la forme de conseil ou de soins. Cette relation existe même lorsque le patient n'a pas été à même de donner son accord en ce qui concerne le traitement ou l'intervention. Le fait qu'un médecin prenne en charge un gréviste de la faim établit entre eux un rapport de médecin à patient. Cela entraîne pour le médecin toutes les conséquences et responsabilités qui relèvent de la relation médecin/malade, y compris le consentement et le secret. »

« En dernière analyse, c'est le médecin traitant qui, sans l'intervention de tiers dont l'intérêt primordial n'est pas le bien-être du patient, doit décider de l'intervention ou de la non-intervention. Toutefois, il devra clairement informer le patient qu'il accepte ou qu'il n'accepte pas sa décision de refuser le traitement ou, en cas de coma, l'alimentation artificielle, au risque alors de succomber. Si ce médecin ne peut accepter la décision du patient de refuser toute assistance, le patient doit alors pouvoir s'adresser à un autre médecin. »

2.1.2.2. *Les directives.* Après avoir ainsi rappelé que les médecins considèrent le principe sacré de la vie comme fondamental à l'exercice de leur profession, l'association recommande les directives suivantes aux médecins traitant les grévistes de la faim.

Voici la reproduction intégrale de ces six directives.

1. Définition.

Un gréviste de la faim est celui qui, en pleine possession de ses capacités mentales, fait connaître sa décision d'entamer une grève de la faim et qui, pendant un laps de temps considérable, refuse toute alimentation.

2. Lignes de conduite éthique.

Le médecin devra, dans la mesure du possible, posséder un dossier détaillé du patient.

Le médecin devra, dès le début de la grève, soumettre son patient à un examen de santé approfondi.

Le médecin ou tout autre professionnel de santé ne devra exercer de pression d'aucune sorte sur le gréviste de la faim pour l'amener à suspendre la grève. Et la cessation de la grève ne saurait constituer pour le gréviste une condition pour recevoir un traitement ou des soins.

Le médecin devra informer le gréviste de la faim des effets cliniques de la grève et des dangers inhérents à son état de santé, puisque seule une bonne information peut aider le patient à prendre une sage décision. Il sera fait appel, si nécessaire, aux services d'un interprète.

Le gréviste de la faim doit pouvoir, si tel est son souhait, consulter un autre médecin. Il doit également pouvoir, si tel est alors son choix, poursuivre son traitement avec cet autre médecin. Dans le cas du prisonnier engagé dans une grève de la faim, il suffira de consulter le médecin traitant de la prison et de s'entendre avec lui pour rendre ce choix possible.

Souvent, le gréviste de la faim accepte le traitement d'une infection ou encore d'augmenter sa ration d'aliment liquide (voire même des intraveineuses de solution saline). Mais le fait de refuser ces interventions ne doit pas empêcher le médecin de proposer d'autres soins. Néanmoins, tout traitement doit recevoir l'accord du patient.

3. Clair énoncé des prescriptions.

Le médecin devra journalièrement vérifier la volonté du patient de continuer ou pas la grève de la faim. Il devra journalièrement aussi s'assurer du traitement souhaité par le patient dans le cas où

il viendrait à prendre une décision. Ces informations, inscrites au dossier personnel du médecin, devront rester confidentielles.

4. Alimentation artificielle.

Lorsqu'un gréviste de la faim a perdu sa lucidité et ne peut donc prendre une décision raisonnée ou est tombé dans le coma, le médecin est libre de prendre la décision concernant le traitement ultérieur qu'il considère être le meilleur pour le patient. Il tiendra toujours compte de la décision qu'il a prise lors de ses soins antérieurs au gréviste de la faim et du paragraphe 4 du préambule de la présente déclaration.

5. Coercition.

Le gréviste de la faim doit être protégé contre les actes de coercition et il est possible que cela demande qu'il soit mis à l'écart des autres grévistes.

6. Famille.

Il appartient au médecin d'informer la famille du patient de son engagement dans une grève de la faim à moins que celui-ci ne s'y oppose tout particulièrement. »

2.2. Droit européen

Les références pertinentes sont celles résultant des travaux du Conseil de l'Europe, à savoir, essentiellement, deux recommandations du Conseil des ministres, mais les publications du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) sont des appuis intéressants.

2.2.1. La recommandation n° R(98)7 du Comité des ministres du Conseil de l'Europe

La recommandation n° R (87) 3 du Comité des ministres du Conseil de l'Europe aux États membres sur les règles pénitentiaires européennes a été adoptée par le Comité des ministres le 12 février 1987, lors de la 404^e réunion des Délégués des Ministres.

Les extraits pertinents des règles pénitentiaires européennes sont libellés comme suit :

« *Discipline et punition : l'emploi de chaînes et de fers doit être prohibé. Les menottes, les camisoles de force et autres entraves ne seront jamais appliquées à titre de sanctions. Elles ne pourront être utilisées que dans les cas suivants :*

(...) *b. pour des raisons médicales, sur indication et sous la surveillance du médecin ;*

c. sur ordre du directeur, si les autres moyens de maîtriser un détenu ont échoué, afin de l'empêcher de porter préjudice à lui-même (...)

Le modèle et le mode d'emploi des instruments de contrainte autorisés à l'article précédent doivent être déterminés par la loi ou les règlements en vigueur. Leur application ne doit pas être prolongée au-delà du temps strictement nécessaire. »

2.2.2. La recommandation du 8 avril 1998

La recommandation n° R (98) 7 du Comité des ministres du Conseil de l'Europe aux États membres relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire a été adoptée par le Comité des ministres le 8 avril 1998, lors de la 627^e réunion des délégués des ministres. Elle fait expressément référence aux déclarations de 1975 et de 1991 de l'Association médicale mondiale.

Les extraits pertinents de la recommandation sont libellés comme suit :

« *I C. Consentement du malade et secret médical. »*

« 14. (...) Les détenus soumis à un traitement médical devraient être informés des indications et des éventuels effets secondaires susceptibles de se manifester. »

« 15. Le consentement éclairé devrait être obtenu (...) dans des situations où les obligations médicales et les règles de sécurité ne coïncident pas nécessairement, par exemple en cas de refus de traitement ou de nourriture. »

« 16. Toute dérogation aux principes de la liberté de consentement du malade devrait être fondée sur la loi et être guidée par les principes qui s'appliquent à la population générale. »

« 24. [Le médecin] devrait également conseiller la direction de l'établissement sur les questions ayant trait au régime alimentaire et à l'environnement dans lequel les personnes privées de liberté sont obligées de vivre, ainsi que sur les problèmes d'hygiène et de salubrité. »

C'est le paragraphe III-E qui traite spécifiquement du refus de traitement, grève de la faim

« 60. Si une personne détenue refuse le traitement qui lui est proposé, le médecin devrait lui faire signer une déclaration écrite en présence d'un témoin. Le médecin devrait fournir au patient toutes les informations nécessaires sur les bienfaits escomptés du traitement médical, les alternatives thérapeutiques éventuellement existantes, et l'avoir mis en garde contre les risques auxquels son refus l'expose. Il convient de s'assurer que le malade est pleinement conscient de sa situation. (...) »

« 61. L'examen clinique d'un gréviste de la faim ne devrait être pratiqué qu'avec son consentement explicite, sauf s'il souffre de troubles mentaux graves et qu'il doit alors être transféré dans un service psychiatrique. »

« 62. Les grévistes de la faim devraient être informés de manière objective des effets nuisibles de leur action sur leur état de santé afin de leur faire comprendre les dangers que comporte une grève de la faim prolongée. »

« 63. Si le médecin estime que l'état de santé d'une personne en grève de la faim se dégrade rapidement, il lui incombe de le signaler à l'autorité compétente et d'entreprendre une action selon la législation nationale (y inclus les normes professionnelles). »

2.2.3. Rapports du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants

2.2.3.1. Dispositions générales. Les extraits pertinents du chapitre III des normes du CPT (CPT/Inf/E (2002) 1, Rev 2004) intitulé « Services de santé dans les prisons », eux-mêmes extraits du 3^e rapport général (CPT/Inf (93) 12), sont libellés comme suit :

« 46. Le patient doit pouvoir disposer de toutes informations utiles (si nécessaire sous la forme d'un rapport médical) concernant son état de santé, la conduite de son traitement et les médicaments qui lui sont prescrits. De préférence, le patient devrait se voir reconnaître le droit de prendre connaissance du contenu de son dossier médical pénitentiaire, à moins d'une contre-indication justifiée d'un point de vue thérapeutique. »

« Il doit pouvoir demander la transmission de ces informations à sa famille, à son avocat ou à un médecin de l'extérieur. »

« 47. Tout patient capable de discernement est libre de refuser un traitement ou toute autre forme d'intervention médicale. Toute dérogation à ce principe fondamental doit avoir une base légale et se rapporter uniquement à des circonstances exceptionnelles, définies de manière claire et stricte, applicables à la population tout entière. »

« Une situation classiquement difficile apparaît lorsque la décision du patient contredit la mission générale de soins qui incombe au médecin. Tel est le cas lorsque le patient est inspiré par des convictions personnelles (refus de transfusion de sang, par exemple), ou lorsqu'il entend utiliser son corps ou même se mutiler pour appuyer des exigences, protester contre une autorité ou témoigner en faveur d'une cause. »

« En cas de grève de la faim, les autorités publiques ou organisations professionnelles de certains pays demandent au médecin d'intervenir dès que le malade présente une altération grave de la conscience. Dans d'autres pays, la règle est de laisser les décisions cliniques au médecin traitant, lorsque celui-ci a pu s'entourer d'avis et tenir compte de l'ensemble des éléments en cause. »

2.2.3.2. *Le rapport de l'année 2001 du CPT sur la Turquie.* Les extraits pertinents, traitant de la gestion des grèves de la faim, du rapport d'une visite du CPT en Turquie (CPT/Inf (2001) 31) sont libellés comme suit, aux paragraphes 32 et suivants.

« La délégation avait été informée plus tôt que ces directives indiquaient que la gestion des grèves de la faim devait être fondée sur une relation médecin/patient. En fait, elles donnent clairement le message que "le devoir des soignants est d'assister dans la continuité de la vie. Le droit à la vie, qui est le plus fondamental des droits et libertés, ne saurait être limité par aucune norme ni aucun critère." Plus spécifiquement, il est stipulé que "dès l'instant où une détérioration organique est constatée, il faut administrer une nutrition parentérale totale ».

« Lors de la visite de décembre 2000/janvier 2001, aucun détenu n'avait atteint un stade où il était nécessaire de prendre une décision quant à l'alimenter éventuellement artificiellement contre sa volonté. Toutefois, par la suite, des cas d'alimentation artificielle sont intervenus. Des responsables du ministère de la Santé ont informé la délégation du CPT, lors de la visite d'avril 2001, qu'ils ne connaissaient pas de cas où des détenus auraient été alimentés contre leur gré alors qu'ils étaient conscients, mais qu'ils connaissaient des cas de détenus alimentés artificiellement après qu'ils avaient perdu conscience. »

« Comme reconnu dans les observations préliminaires du 29 janvier 2001, la question de l'alimentation artificielle d'un(e) gréviste de la faim contre sa volonté est une question délicate, au sujet de laquelle les points de vue diffèrent tant en Turquie qu'ailleurs ».

« Jusqu'à ce jour, le CPT s'est abstenu de prendre position à cet égard. Néanmoins, il croit fermement que la gestion des grèves de la faim doit se fonder sur une relation médecin/patient. Par conséquent, le Comité a de sérieuses réserves en ce qui concerne les tentatives visant à interférer dans cette relation et à imposer aux médecins gérant des grévistes de la faim une méthode particulière de traitement. »

2.3. Jurisprudence européenne

2.3.1. La Commission européenne des Droits de l'homme

La Commission européenne des Droits de l'homme a déjà eu à se prononcer à deux reprises.

En 1984, elle avait estimé que « *le fait de nourrir de force une personne comporte des aspects dégradants qui, dans certaines circonstances, peuvent être considérés comme interdits par l'article 3 de la Convention* ». Mais si, comme dans la présente affaire, « *une personne détenue poursuit une grève de la faim, cela peut inévitablement conduire à un conflit, que la Convention ne résout pas, entre le droit à l'intégrité physique de l'individu et l'obligation positive que l'article 2 de la Convention fait peser sur les hautes parties contractantes* » (Xc. Allemagne (1984), *European Human Rights Reports* 7, p. 152). La Commission a rappelé « *la solution apportée à ce conflit par le droit allemand : il est permis de nourrir de force un détenu si celui-ci, en raison d'une grève de la faim, risque de subir des dommages de nature permanente, et l'alimentation forcée est même obligatoire s'il existe un danger manifeste pour la vie de l'intéressé. L'appréciation des conditions précitées est réservée au médecin compétent, mais une décision d'alimenter une personne de force ne peut être mise en œuvre qu'après l'obtention d'une autorisation judiciaire (. . .)* ».

En 1997, la Commission a estimé que les allégations d'un requérant selon lesquelles il avait été soumis à un mauvais traitement alors qu'il était alimenté de force lors de sa grève de la faim étaient dénuées de fondement, puisque le requérant n'avait pas prouvé que la manière dont il avait été nourri de force équivalait à un acte de torture, à une peine ou un traitement inhumains ou dégradants (*Ilijkov c. Bulgarie*, n° 33977/96, décision de la Commission du 20 octobre 1997, non publiée).

2.3.2. La Cour européenne des Droits de l'homme

2.3.2.1. *Jurisprudence générale.* Pour la Cour, une mesure dictée par une nécessité thérapeutique selon les conceptions médicales établies ne saurait en principe passer pour inhumaine ou dégradante. Il en va de même de l'alimentation de force destinée à sauver la vie d'un détenu qui refuse en toute conscience de se nourrir. Il incombe pourtant à la Cour de s'assurer que la nécessité médicale a été démontrée de manière convaincante (*Herczegfalvy c. Autriche*, arrêt du 24 septembre 1992, série A n° 244, p. 26, section 82).

La Cour doit, de plus, vérifier que les garanties procédurales devant accompagner la décision d'alimentation de force sont respectées. De surcroît, la manière dont un requérant est alimenté de force pendant sa grève de la faim ne doit pas représenter un traitement dépassant le seuil minimum de gravité envisagé par la jurisprudence de la Cour sur l'article 3 de la Convention qui prohibe les traitements inhumains et dégradants.

On ne peut pas dire que la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'homme soit faite.

Toutefois, l'arrêt *Nevmerjitski c/Ukraine*, du 5 avril 2005, n° 54825/00, précise le raisonnement, qui doit être adapté au cas par cas.

2.3.2.2. *L'affaire Nevmerjitski C. Ukraine.* Le requérant, M. Nevmerjitski, avait entamé une grève de la faim du 13 avril 1998 au 14 juillet 1998, puis du 5 octobre 1998 au 23 février 2000, jour de sa libération. Il fut alors admis à l'hôpital municipal de Kiev où il séjourna du 24 février au 17 mars 2000. Par la suite, il continua à bénéficier d'un traitement médical, sous la supervision générale d'un psychiatre. Pendant cette période, il fut soumis à une alimentation forcée, autorisée par les textes, mais pratiquée bien au-delà. La France ne connaît pas de telles dispositions, mais sous cette réserve, le raisonnement adopté par la Cour est tout à fait transposable.

2.3.2.2.1. *Le texte de référence en droit ukrainien.* Le texte de référence est un décret n° 122 du ministère de l'Intérieur en date du 4 mars 1992 portant approbation des instructions relatives aux conditions de détention et à l'alimentation de force de personnes qui refusent de s'alimenter alors qu'elles se trouvent en détention provisoire, dans un établissement pénitentiaire ou un centre de réinsertion.

Les dispositions pertinentes du décret sont libellées comme suit :

- *Prise en charge d'une grève de la faim*

« 1. Lorsque l'on découvre qu'un détenu refuse de se nourrir, le chef de l'établissement ou la personne agissant en son nom doit s'entretenir avec lui dans les vingt-quatre heures afin de s'enquérir des raisons de son refus. Il ou elle en informe également les autorités chargées de la détention de cette personne et le procureur qui supervise l'exécution des décisions judiciaires en matière pénale et, en cas de motifs sérieux du refus de se nourrir, prend les mesures appropriées pour satisfaire aux demandes licites du détenu ».

« 2. Dans les vingt-quatre heures qui suivent le refus du détenu de s'alimenter, le chef de l'établissement ou la personne agissant en son nom ordonne le placement du détenu dans une cellule séparée, où il est généralement isolé des autres détenus et fait l'objet d'une surveillance constante. (. . .) »

« 3. Le détenu reçoit un petit déjeuner, un déjeuner et un dîner conformément au calendrier prévu et aux normes nutritionnelles établies. Dans le cas d'un refus de s'alimenter, les repas sont enlevés au bout de deux heures ; et ce fait est consigné dans le dossier précisant la nourriture absorbée par le détenu. »

« 4. Au cours de la période fixée par l'administration de l'établissement, et eu égard aux circonstances particulières, mais au maximum trois jours après le refus de s'alimenter, le détenu subit un examen médical obligatoire à l'occasion duquel un médecin lui explique les conséquences négatives de la grève de la faim pour sa santé. « Un traitement médical suivi et d'urgence est dispensé au détenu à moins qu'il soit nécessaire de l'hospitaliser (. . .) »

« 5. Lorsque le refus de s'alimenter n'est pas le résultat d'une maladie ou d'une affection, les représentants de l'établissement doivent expliquer de manière réitérée au détenu l'effet nuisible qu'une absence de nourriture a pour le corps ».

« 6. L'alimentation forcée d'un détenu qui fait une grève de la faim est une mesure de dernier recours qui vise à préserver la vie et ne peut être utilisée que lorsque le travail pédagogique et d'autres tentatives pour influencer le détenu n'ont eu aucun effet sur lui, et que lorsque son refus persistant de s'alimenter met sa vie en danger. »

« La décision de nourrir de force est prise par le chef de l'établissement, ou la personne agissant en son nom, sur la base d'un rapport écrit de la commission médicale constatant une aggravation risquant de devenir mortelle de l'état de santé d'un détenu qui fait une grève de la faim ».

« Le procureur qui supervise la légalité de l'exécution des jugements en matière pénale est informé de la décision d'alimenter le détenu de force. »

« Le médecin du centre de détention détermine la durée pendant laquelle l'alimentation de force du détenu sera nécessaire, compte tenu de l'état général de santé de celui-ci.

« Le médecin décide de la teneur de l'alimentation conformément à la ration alimentaire quotidienne, qui se compose de différents éléments. »

« Le médecin consigne dans le dossier médical du détenu faisant une grève de la faim, au moment où l'intéressé est alimenté de force, la date, les composants et la quantité de la nourriture ; le nom et la qualité de la personne qui a procédé à l'alimentation forcée sont également indiqués. »

- Procédure pour alimenter de force un détenu qui fait une grève de la faim

« 1. L'alimentation de force est pratiquée en présence d'un des administrateurs de l'établissement, du médecin, d'un membre du corps médical et du nombre nécessaire de jeunes inspecteurs. »

« Avant de procéder à l'alimentation de force, le médecin explique au détenu les risques qui menacent sa vie et la nécessité de s'alimenter. »

« Si le détenu refuse d'être alimenté de force, il peut être menotté, et les jeunes inspecteurs le tiennent dans la position voulue pour cette procédure. »

« L'alimentation de force est conduite par un membre du corps médical sous la supervision du médecin, moyennant toutes les mesures nécessaires pour éviter les blessures et accidents possibles. Au cours de cette procédure, la bouche du détenu est ouverte et maintenue ouverte par un écarteur buccal (ротозширювач). »

« Un tube médical avec un entonnoir à l'extrémité libre, rafraîchi après avoir été bouilli, mais souple, doit être inséré par la bouche ouverte et le pharynx dans l'œsophage. Au cours de cette procédure, le médecin doit s'assurer que le tube ne s'enfonce pas dans la trachée. Si le tube est correctement placé, le membre du corps médical verse par l'entonnoir une petite quantité d'eau bouillie refroidie, puis la nourriture. »

« 2. Le personnel médical doit disposer des fournitures médicales et des médicaments nécessaires pour dispenser l'aide médicale d'urgence en cas de blessures survenant lors de l'alimentation de force. »

« 3. Si l'état de santé du détenu faisant une grève de la faim s'améliore, l'alimentation de force est suspendue et ce fait est consigné dans le dossier médical du détenu. Le médecin rédige des conclusions motivées. »

2.3.2.2.2. *Le litige soumis à la Cour.* Le requérant soutient que la manière dont les autorités ont procédé pour l'alimenter de force s'apparentait à un acte de torture, les modalités prévues par les textes n'ayant pas été respectées. L'intéressé soutient également qu'aucune commission médicale ne s'était réunie pour examiner son état de santé afin de décider si l'alimentation forcée était nécessaire d'un point de vue médical. Il affirme qu'on a fait usage de la force pour l'alimenter. Il indique aussi qu'on l'a placé en cellule d'isolement le 1^{er} avril 1999 pour le punir d'avoir poursuivi sa grève de la faim.

Il soutient en outre que ce sont des détenus déjà condamnés et non le personnel médical qui l'ont alimenté de force. Lorsqu'on l'alimentait ainsi, ce qui se produisait cinq fois par semaine, il était souvent menotté à une chaise ou à un appareil de chauffage et contraint à subir l'insertion

dans l'œsophage d'un tube en caoutchouc relié à un seau contenant un mélange nutritionnel spécial.

Le gouvernement considère que l'alimentation de force était dictée par une stricte nécessité médicale afin de préserver la vie du requérant. Il estime de plus que celui-ci était dans un état de santé qui lui permettait de subir la détention et de participer à la procédure d'enquête. De surcroît, l'intéressé aurait été placé sous contrôle médical constant puisqu'il aurait été examiné pratiquement tous les deux ou trois jours par un ou plusieurs médecins et conduit à deux reprises à l'hôpital pour examens approfondis. L'alimentation forcée et le traitement auraient été prescrits et administrés par des médecins professionnels. Selon le gouvernement, il n'a pas été démontré que l'alimentation et le traitement médical aient nui à la santé du requérant de quelque manière que ce soit.

À l'appui de ses dires, le gouvernement produit des rapports datés de 2004, signés par des médecins et par le personnel, où le requérant a été détenu, qui auraient procédé à l'alimentation de force.

Le requérant allègue que les rapports écrits du personnel médical du Sizo n° 1 ont été rédigés sous la pression et selon les instructions du département d'État pour l'application des peines et ne sont pas fiables. De surcroît, il a fourni une copie de son journal personnel et une déclaration écrite de son compagnon de cellule qui a en particulier insisté sur le fait que le requérant avait été alimenté par d'autres détenus, mais sous la supervision du personnel médical et que la mixture nutritionnelle avait été administrée à l'intéressé par un tuyau en caoutchouc placé dans un seau de douze litres. M. Koval affirme que le requérant était menotté lorsqu'il était alimenté de force.

La Cour relève d'emblée que le requérant ne prétend pas qu'on aurait dû le laisser sans nourriture ou médicaments même si cela pouvait entraîner la mort. L'intéressé dit, en revanche, qu'il n'y avait aucune nécessité médicale de l'alimenter de force en l'absence d'examen médicaux, de tests pertinents ou d'autres documents prouvant à suffisance cette nécessité. Il allègue que la décision de l'alimenter de force était fondée sur l'analyse du taux d'acétone dans ses urines. Il soutient en outre que l'alimentation de force avait pour but de l'humilier et de le punir, l'objectif étant de lui faire arrêter la grève de la faim et, en cas de refus, de lui infliger de vives souffrances physiques.

La Cour, vu la faiblesse des pièces produites, conclut qu'il n'a pas été démontré qu'il y ait eu une « *nécessité médicale* » établie par les autorités internes d'alimenter le requérant de force. Constatant ainsi que l'alimentation forcée avait un caractère arbitraire, la Cour ajoute : « *Les garanties procédurales n'ont pas été respectées, compte tenu du refus de se nourrir que le requérant avait opposé en toute conscience, lorsque le traitement forcé lui a été administré contre son gré. On ne peut par conséquent pas dire que les autorités aient agi dans son intérêt supérieur en l'alimentant de force.* »

Quant à la manière dont le requérant a été alimenté, la Cour présume, eu égard aux arguments présentés par les parties, que les autorités se sont conformées aux modalités de l'alimentation de force prévues dans le décret de 1992. Toutefois, les moyens de contrainte employés (menottes, écarteur buccal (ротрозширювач) et tube en caoutchouc spécial inséré dans l'œsophage), moyennant le recours à la contrainte en cas de résistance, peuvent s'analyser en actes de torture au sens de l'article 3 de la Convention, en l'absence de nécessité médicale.

Au total, la Cour considère que l'alimentation de force à laquelle le requérant a été soumis à l'aide des moyens prévus par les textes, en dépit de sa résistance, a constitué un traitement grave méritant la qualification de torture.

3. Conclusion

Les médecins doivent dépasser l'exigence du consentement lorsque, dans le but de sauver la vie, ils peuvent pratiquer un acte indispensable à la survie et proportionné à l'état de la personne. Cette règle générale, qui puise dans les fondamentaux du droit et qui a été rappelée par le Conseil d'État dans son arrêt du 16 août 2002, trouve une application spécifique avec le Code de procédure pénale, s'agissant d'alimenter un gréviste de la faim, placé en détention.

C'est dire que notre droit est marqué par l'objectivisme : la vie doit être protégée parce que c'est la vie ; ce n'est pas parce que c'est la mienne que je peux en faire ce que je veux.

L'attitude des soignants vis-à-vis d'un gréviste de la faim renvoie à une démarche d'une grande prudence et à un débat éthique construit, car la loi, d'évidence, ne règle pas tout.