

DECLARATION DE MALTE DE L'AMM SUR LES GREVISTES DE LA FAIM

Adoptée par la 43^e Assemblée Médicale Mondiale, St. Julians, Malte, Novembre 1991
révisée sur le plan rédactionnel par la 44^e Assemblée Médicale Mondiale, Marbella,
Espagne, Novembre 1992
et révisée par la 57^e Assemblée Générale de l'AMM, Pilanesberg, Afrique du Sud,
Octobre 2006

PREAMBULE

1. Les grèves de la faim se déroulent dans différents contextes mais la plupart du temps elles posent un dilemme là où les personnes sont détenues (prisons, centres d'incarcération, centres de détention d'immigrés). Elles traduisent souvent une protestation des personnes qui n'ont pas d'autres manières de faire connaître leurs revendications. En refusant de s'alimenter sur une longue période, ces personnes espèrent généralement atteindre certains objectifs en donnant une mauvaise image des autorités. Le fait de refuser toute alimentation à court terme ou de simuler un tel refus soulève rarement des problèmes éthiques. Un véritable jeûne sur une longue période peut entraîner la mort ou des dommages irréversibles. Face aux grévistes de la faim, les médecins peuvent se retrouver dans un conflit de valeurs. Les grévistes de la faim ne souhaitent généralement pas mourir mais certains s'y préparent éventuellement pour atteindre leurs objectifs. Les médecins ont besoin de connaître la véritable intention d'une personne, notamment lors de grèves collectives ou des situations où la pression des pairs peut jouer. Un dilemme éthique se pose lorsque les grévistes de la faim qui ont manifestement donné des instructions précises pour ne pas être réanimés atteignent un stade où ils perdent leurs capacités cognitives. Le principe de bienfaisance pousse les médecins à les réanimer mais le respect de l'autonomie empêche les médecins d'intervenir lorsque les grévistes de la faim s'y sont opposés en toute connaissance de causes. D'autres problèmes se posent dans les centres de détention car on ne sait jamais précisément si les instructions données par le gréviste de la faim reposent sur sa propre volonté et sa pleine connaissance des conséquences ultérieures. Ces directives et le document d'étude¹ traitent de ces situations difficiles.

PRINCIPES

1. Devoir d'agir éthiquement. Tous les médecins ont un devoir d'éthique dans leurs contacts professionnels avec les personnes vulnérables, même lorsqu'il ne leur ait pas demandé de les traiter. Quel que soit leur rôle, les médecins doivent tenter de prévenir toute coercition ou mauvais traitement des détenus et protester si tel est le cas.
2. Respect de l'autonomie. Les médecins doivent respecter l'autonomie de la personne.

Elle peut être difficile à évaluer car le souhait véritable du gréviste de la faim peut ne pas être aussi clair que les apparences le laissent penser. Une décision n'a aucune valeur morale si elle est prise involontairement sous la menace, la pression des pairs ou la coercition. Les grévistes de la faim ne doivent pas être contraints à subir un traitement qu'ils refusent. L'alimentation forcée venant à l'encontre d'un refus volontaire et éclairé n'est pas justifiable. L'alimentation artificielle avec le consentement explicite ou implicite du gréviste de la faim est éthiquement acceptable.

3. 'Bienfaits' et 'Dangers'. Les médecins doivent mettre leurs compétences et connaissances au service de ceux qu'ils traitent. Il s'agit du concept de "bienfaisance" qui se complète par celui de "malfaisance" ou *Primum non Nocere*. Ces deux concepts doivent être en équilibre. Le "bienfait" implique de respecter les souhaits de la personne et de favoriser son bien-être. Prévenir le "danger" signifie non seulement minimiser les dégâts sur la santé mais aussi ne pas contraindre à un traitement des personnes capables et ne pas les forcer à stopper leur jeûne. Les bienfaits ne signifient pas prolonger la vie à tout prix, sans égard pour les autres valeurs.
4. Equilibrer la double loyauté. Les médecins visitant les grévistes de la faim peuvent vivre un conflit entre leur loyauté vis à vis des autorités qui les emploient (telles que les autorités pénitentiaires) et leur loyauté vis-à-vis des patients. Les médecins confrontés à une double loyauté sont liés par les mêmes principes éthiques que les autres médecins, à savoir que leur obligation première est celle envers le patient.
5. Indépendance clinique. Les médecins doivent demeurer objectifs dans leurs évaluations et ne pas autoriser des tiers à influencer leur jugement médical. Ils doivent refuser toute pression visant à enfreindre les principes éthiques comme le fait d'intervenir médicalement pour des raisons non cliniques.
6. Confidentialité. Le devoir de confidentialité est important pour instaurer la confiance sans pour autant être impératif. Il peut ne pas être rempli si la non divulgation met sérieusement en danger les autres. Comme avec d'autres patients, la confidentialité des grévistes de la faim doit être respectée à moins que les grévistes n'acceptent la divulgation des informations ou que le partage des informations ne soit nécessaire pour prévenir un danger grave. Si les personnes sont d'accord, leurs familles et les conseillers juridiques doivent être tenus informés de la situation.
7. Acquérir la confiance. Favoriser la confiance des grévistes de la faim envers les médecins est souvent la clé vers une solution respectant à la fois les droits des grévistes de la faim et minimisant les dangers qu'ils courent. L'instauration d'une confiance peut permettre de résoudre des situations difficiles. La confiance s'instaure lorsque les médecins donnent des conseils précis et avouent clairement aux grévistes de la faim leurs possibilités et leurs limites, leur expliquent les situations où ils ne peuvent pas garantir la confidentialité.

DIRECTIVES POUR LA PRISE EN CHARGE DES GREVISTES DE LA FAIM

1. Les médecins doivent évaluer la capacité mentale des personnes. Cela implique de contrôler que les personnes ayant l'intention de jeûner n'accusent pas de troubles mentaux qui fausseraient leur jugement. Les personnes atteintes de graves troubles mentaux ne peuvent pas être considérées comme des grévistes de la faim. Elles ont besoin d'être soignées pour leurs troubles mentaux plutôt que d'être autorisées à jeûner

et à mettre ainsi leur vie en danger.

2. Dès que possible, les médecins doivent obtenir un historique médical détaillé de la personne qui prévoit de jeûner. Les implications médicales de toute pathologie existante doivent être expliquées à la personne. Les médecins doivent s'assurer que les grévistes de la faim comprennent les conséquences possibles du jeûne sur leur santé et les prévenir en langage clair des inconvénients. Les médecins doivent également expliquer comment minimiser ou différer les risques pour leur santé, par exemple en absorbant davantage de liquide. La décision d'une personne de faire la grève de la faim pouvant être momentanée, il est crucial que le patient comprenne parfaitement les conséquences médicales du jeûne. Le médecin, en accord avec les meilleures pratiques en matière de consentement éclairé pour les soins médicaux, doit veiller à ce que le patient comprenne les informations transmises en demandant aux patients de répéter ce qu'ils ont compris.
3. Un examen approfondi du gréviste de la faim doit être effectué en début de jeûne. La prise en charge des symptômes à venir, y compris ceux non liés au jeûne, doit être discutée avec les grévistes de la faim. Il convient de consigner leurs valeurs et leurs souhaits quant à la manière d'être soigné dans le cas d'un jeûne prolongé.
4. Parfois, les grévistes de la faim acceptent une transfusion de solution saline ou d'autres formes de traitement médical. Un refus d'accepter certaines interventions ne doit pas nuire à toute autre forme de soins, comme par exemple le traitement d'une infection ou de douleurs.
5. Les médecins doivent s'entretenir en privé avec les grévistes de la faim et sans être entendus des autres, y compris des autres détenus. Une communication claire est essentielle et si nécessaire, des interprètes sans lien de dépendance avec les autorités compétentes, doivent être disponibles et eux aussi doivent respecter la confidentialité.
6. Les médecins ont besoin d'être certains que le refus de nourriture ou de traitement est le propre choix de la personne. Les grévistes de la faim doivent être à l'abri de toute coercition. Les médecins peuvent souvent y contribuer et doivent savoir que la coercition peut provenir des pairs, des autorités ou d'autres tels que les membres de la famille. Les médecins ou le personnel de santé n'ont pas le droit d'exercer une pression indue sur le gréviste de la faim pour qu'il interrompe la grève. Le traitement ou les soins d'un gréviste de la faim ne doit pas être lié à l'arrêt de la grève de la faim.
7. Si un médecin est incapable pour des raisons de conscience d'accepter le refus de traitement ou d'alimentation artificielle d'un gréviste de la faim, il doit le faire savoir clairement et diriger le gréviste de la faim sur un autre médecin qui cautionnera le refus du gréviste de la faim.
8. Une communication continue entre le médecin et le gréviste de la faim est vitale. Les médecins doivent s'assurer quotidiennement que les personnes souhaitent poursuivre leur grève de la faim et connaître leurs volontés lorsqu'elles ne seront plus en mesure de communiquer correctement. Ces éléments doivent être consignés en bonne et due forme.
9. Lorsqu'un médecin prend en charge le gréviste de la faim, ce dernier peut avoir déjà perdu ses capacités mentales et il n'y a donc pas de possibilité de discuter de ses souhaits en matière d'intervention médicale pour le maintenir en vie. Il est donc important

de connaître à l'avance les instructions du gréviste de la faim. Le refus de traitement formulé à l'avance exige d'être respecté s'il reflète la volonté de la personne en possession de ses moyens. Dans les lieux de détention, il faut tenir compte du fait que des instructions formulées à l'avance l'ont peut-être été sous la pression. Lorsque les médecins ont de sérieux doutes sur l'intention de la personne, la prudence est de mise en matière d'instructions. S'il s'agit d'instructions véritablement éclairées et volontaires, celles-ci peuvent cependant ne pas être respectées si elles ont perdu de leur valeur du fait d'un changement radical de la situation intervenu depuis que la personne a perdu ses capacités.

10. En cas d'impossibilité de discuter avec la personne et si aucune instruction préalable n'existe, les médecins doivent agir conformément à ce qu'ils jugent être le mieux pour la personne. Cela signifie prendre en compte les souhaits exprimés par le gréviste de la faim, ses valeurs personnelles et culturelles et sa santé physique. S'il n'est pas possible de prouver que le gréviste de la faim avait donné des instructions préalables, les médecins doivent décider de l'alimenter ou non, sans intervention de tiers.
11. Les médecins peuvent outrepasser les instructions préalables de refus de traitement par exemple s'ils pensent que ce refus a été forcé. Si après réanimation et récupération des facultés mentales, les grévistes de la faim continuent de demander à jeûner, cette décision doit être respectée. Autoriser un gréviste de la faim à mourir dans la dignité plutôt que de le soumettre à des interventions répétées contre sa volonté est conforme à l'éthique.
12. L'alimentation artificielle peut se justifier sur le plan éthique si les grévistes de la faim l'acceptent en leur âme et conscience. On peut aussi l'accepter si des personnes privées de leurs capacités n'ont pas laissé d'instructions préalables basées sur leur libre arbitre.
13. L'alimentation forcée n'est jamais acceptable. Même dans un but charitable, l'alimentation accompagnée de menaces, de coercition et avec recours à la force ou à l'immobilisation physique est une forme de traitement inhumain et dégradant. Tout autant inacceptable est l'alimentation forcée de certains détenus afin d'intimider ou de contraindre les autres grévistes de la faim à cesser de jeûner.