



**Rapport de
vérifications sur place :**

***Situation d'une personne détenue
en grève de la faim pendant
soixante-neuf jours***

Septembre-octobre 2017

Etablissement public de santé
national de Fresnes (Val-de-Marne)

&

Hôpital Raymond-Poincaré de
Garches (Hauts-de-Seine)

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
RAPPORT	3
LES CONDITIONS DES VERIFICATIONS SUR PLACE	3
1. LES REVENDICATIONS EXPRIMEES PAR LA GREVE DE LA FAIM	4
2. LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DE LA GREVE DE LA FAIM	5
2.1 Des décisions d'hospitalisation indispensables au regard de la dégradation de l'état de santé du détenu	5
2.2 Le recours à l'alimentation forcée au cœur de logiques éthiques et juridiques inconciliables	10
3. LA GARDE POLICIERE A L'HOPITAL RAYMOND-POINCARE DE GARCHES	15
3.1 Des difficultés récurrentes entre les services concernés	15
3.2 Des atteintes aux droits disproportionnées au regard des considérations d'ordre public et de sécurité	19
ANNEXES	25
ANNEXE 1 : ARTICLE L.1111-4 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE	25
ANNEXE 2 : ARTICLE 36 DU CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE ET SES COMMENTAIRES	26
ANNEXE 3 : AVIS DU COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE	27

Rapport

Contrôleuses :

- Betty Brahmy ;
- Estelle Royer.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), deux contrôleuses ont effectué des vérifications sur place à l'établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF) et à l'hôpital Raymond-Poincaré de Garches (HRPG), le 28 septembre et le 10 octobre 2017.

LES CONDITIONS DES VERIFICATIONS SUR PLACE

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) a été saisi, le 20 septembre 2017, des conditions dans lesquelles s'est déroulée la grève de la faim de Monsieur C., âgé de 28 ans, pendant soixante-neuf jours. Initialement détenu au centre pénitentiaire de Fresnes (Val-de-Marne), Monsieur C. a été admis à l'établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF) le 10 août 2017, puis à l'hôpital Raymond-Poincaré de Garches (HRPG) le 21 septembre suivant.

En application de l'article 6-1 de la loi du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté, le CGLPL a délégué deux contrôleuses – dont une ayant la qualité de médecin – afin qu'elles se rendent dans ces deux établissements en vue de la vérification des faits relevant de ses attributions.

Les contrôleuses se sont présentées à l'EPSNF et à l'HRPG le 28 septembre 2017 puis de nouveau à l'HRPG le 10 octobre suivant. Elles ont pu s'entretenir, comme elles le souhaitaient et en toute confidentialité, avec le directeur pénitentiaire et les médecins de l'EPSNF ainsi qu'avec l'équipe soignante de l'unité de nutrition de l'HRPG. L'ensemble des documents demandés a été mis à la disposition du CGLPL. En revanche, les contrôleuses n'ont pas rencontré le principal intéressé, Monsieur C., afin de ne pas compromettre, par leur présence, l'alliance thérapeutique recherchée par les équipes de l'HRPG. Monsieur C. n'était pas informé de l'existence d'une saisine du CGLPL à son sujet. Les contrôleuses n'ont pas non plus pris contact avec la juge d'instruction dans la mesure où elles ne souhaitaient pas interférer avec la procédure d'instruction judiciaire en cours.

A l'issue des vérifications effectuées et au vu des éléments recueillis sur place, des demandes d'informations complémentaires ont été adressées, le 8 novembre 2017, au président du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM), au préfet de police de Paris, au préfet des Hauts-de-Seine et au directeur interrégional des services pénitentiaire (DISP) Ile-de-France. Le CNOM a répondu au CGLPL, par la voie de son vice-président et du président de la section éthique et déontologie médicale le 27 novembre 2017 puis le 28 juin 2018 ; le préfet de police de Paris a fait part de ses observations dans des courriers des 7 février et 14 mars 2018 et le préfet des Hauts-de-Seine le 16 janvier 2018. La réponse du DISP de Paris est parvenue au CGLPL le 9 août 2018. Les éléments transmis par ces autorités ont été intégrés au présent rapport.

1. LES REVENDICATIONS EXPRIMEES PAR LA GREVE DE LA FAIM

Monsieur C. a été réécroué au centre pénitentiaire de Fresnes le 29 juin 2016 à la suite d'une évasion après non-réintégration d'une permission de sortir, le 18 mai 2016, alors qu'il était incarcéré au centre pénitentiaire de Meaux-Chauconin-Neufmontiers (Seine-et-Marne). Au jour des VSP, il purge plusieurs peines de prison dont une de 10 années. Il est par ailleurs mis en examen et placé en détention provisoire sur le fondement d'un mandat de dépôt criminel du 29 juin 2016.

Deux jours après son arrivée à l'établissement, Monsieur C. se déclare en grève de la faim afin de protester contre une partie des accusations portées contre lui. L'administration pénitentiaire note cependant qu'il accepte de prendre ses repas à partir du 3 juillet 2016. Il déclare une nouvelle grève de la faim le 7 mars 2017 pour des motifs et une durée inconnus.

Le 19 juillet 2017, le magistrat en charge de son dossier décide de placer Monsieur C. à l'isolement aux motifs qu'une des parties civiles a fait l'objet de multiples menaces d'intimidation de sa part *via* les réseaux sociaux (« bien que ce dernier soit incarcéré »), qu'une autre ne s'est pas présentée à la convocation du juge et « aurait pu subir les mêmes menaces » et que son dernier interrogatoire a mis « en exergue la violence dont il peut faire preuve à l'égard des personnes qui le mettent en cause ainsi que des difficultés à se contenir ». L'ordonnance de placement à l'isolement rendue par la juge chargée de l'instruction mentionne que Monsieur C. sera interrogé le 5 octobre suivant et ordonne son placement à l'isolement jusqu'à la date d'échéance de son mandat de dépôt.

Le 19 juillet, Monsieur C. se déclare en grève de la faim et de la soif. Il ressort des observations portées sur son livret individuel GENESIS qu'il refuse les repas servis au quartier d'isolement ; en revanche, la grève de la soif n'est pas attestée. Le même jour, il se serait entaillé le ventre « sur une vingtaine de centimètres ».

En l'absence d'entretien avec l'intéressé, les contrôleurs n'ont pas entendu les revendications de Monsieur C. Il ressort cependant des documents et des entretiens menés à l'EPSNF que Monsieur C. a le sentiment de ne pas avoir eu la possibilité de s'expliquer devant son juge ; la grève de la faim lui apparaît comme le seul moyen d'action pour se faire entendre de l'autorité judiciaire.

Par la suite, au fur et à mesure des jours et des semaines, il indique qu'il « ne veut pas mourir mais ne veut pas céder », que la situation « est sans issue et qu'[il] ne peut pas retourner en arrière ». Le personnel qui le prend en charge confirme qu'il n'est pas suicidaire mais qu'il est déterminé dans son action.

Deux requêtes ont été déposées par le conseil de Monsieur C. aux fins de levée de la mesure d'isolement, les 26 juillet et 15 septembre 2017 ; elles ont été rejetées par le président de la chambre de l'instruction du tribunal de grande instance (TGI) de Paris. Il est indiqué que Monsieur C. vit la décision d'isolement « comme une profonde injustice » et qu'« il ne sait plus comment faire entendre son innocence ».

Il semblerait, au vu des informations contenues dans le logiciel GENESIS, que Monsieur C. ait été conduit six fois devant le magistrat en charge de son dossier, à compter du 29 juin 2016 : le 22 novembre, le 26 janvier, le 1^{er} février, le 7 mars, le 23 mai et le 22 juin suivants. Il lui adresse par ailleurs de nombreuses correspondances ainsi qu'en atteste le registre tenu à l'EPSNF ; pour le seul mois de septembre, Monsieur C. écrit six courriers au juge d'instruction : le 1^{er}, le 4, le 6, le

12, le 18 et le 21 septembre, date de son départ à l'HRPG. Les contrôleurs n'ont pas pu vérifier si Monsieur C. avait reçu des réponses.

La juge d'instruction s'est entretenue pendant une heure avec Monsieur C. le 3 octobre 2017 à l'HRPG, c'est à dire deux jours avant la date qui avait été fixée dans l'ordonnance de placement à l'isolement du 19 juillet 2017 – soit deux mois et demi après le début de sa grève de la faim.

Ce 3 octobre, elle rend une ordonnance de mainlevée de placement en isolement « attendu que la situation actuelle de Monsieur [C.], affaibli par une longue grève de la faim à laquelle il a mis fin depuis quelques jours, ne justifie plus actuellement son placement en isolement ; qu'il a été avisé que cette mesure pourrait être reconduite en cas de nouvelles pressions émanant de sa part sur la personne de [B.] ».

D'après les informations recueillies, il semblerait que la juge d'instruction ait considéré la grève de la faim de Monsieur C. comme une tentative de chantage à son égard – voire une simulation de la part de l'intéressé.

Selon l'association médicale mondiale, les grèves de la faim « traduisent généralement une protestation de personnes qui n'ont pas d'autre manière de faire connaître leurs revendications »¹. L'Ordre des médecins considère, pour sa part, que « le gréviste de la faim use du seul moyen d'expression qui lui paraît lui rester »².

Lorsqu'une personne détenue se livre à une grève de la faim, une attention particulière doit être portée aux motifs qui la conduisent à prendre sa vie en otage. Ainsi une grève de la faim entamée pour des motifs d'ordre judiciaire, lorsqu'elle se prolonge, doit-elle conduire le magistrat à recevoir et à écouter la personne concernée afin d'identifier les éventuelles incompréhensions, apaiser les tensions et rechercher des solutions.

2. LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DE LA GREVE DE LA FAIM

2.1 DES DECISIONS D'HOSPITALISATION INDISPENSABLES AU REGARD DE LA DEGRADATION DE L'ETAT DE SANTE DU DETENU

2.1.1 Une prise en charge difficile mais adaptée à l'EPSNF

Monsieur C. est hospitalisé dans le « service médecine » de l'EPSNF le 10 août 2017, après 22 jours de grève de la faim ; sa perte de poids est alors de 12 kilos.

D'après les informations dont dispose le CGLPL, les grévistes de la faim et de la soif détenus au centre pénitentiaire de Fresnes sont orientés à l'EPSNF lorsque la grève se prolonge et qu'elle met en danger la vie des personnes. Les détenus en grève de la faim incarcérés hors Île-de-France sont hospitalisés dans une unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI).

¹ Association médicale mondiale, Déclaration de Malte sur les grévistes de la faim, 68^{ème} assemblée générale, Chicago, Etats-Unis, octobre 2017.

² Voir §2.2.1 ci-dessous.

Le CGLPL n'a pas sollicité la communication des informations couvertes par le secret médical³.

Il ressort cependant des éléments recueillis qu'à partir du 11 août et tout au long de son séjour à l'EPSNF, Monsieur C. a fait l'objet d'une surveillance permanente de la part de l'équipe médicale et de « multiples explications données par l'ensemble des médecins du service » sur les conséquences médicales de sa grève de la faim.

Malgré ces informations, Monsieur C. a réaffirmé de manière régulière son refus de toute alimentation solide. En revanche, la grève de la soif n'est pas avérée dans la mesure où, s'il refuse l'hydratation *per os*, les soignants indiquent qu'il « boit sûrement au robinet ».

Selon les médecins qui le suivent, Monsieur C. ne souffre d'aucun syndrome anxio-dépressif (ni idées noires, ni idée suicidaire) et l'ensemble des interlocuteurs qui l'ont rencontré s'accordent à estimer que Monsieur C. exprime clairement ses volontés et que son discernement n'est ni altéré, ni aboli. A noter également qu'une expertise psychiatrique déposée le 28 février 2017 dans le cadre de l'instruction de sa procédure criminelle conclut qu'il ne présente pas d'anomalies mentales ou psychiques.

Le lendemain de son admission à l'EPSNF, il a été invité à rédiger des « directives anticipées »⁴ ; une feuille de déclaration lui a été remise et des explications ont été données par les soignants sur les implications et la gravité de ses instructions – dans l'hypothèse où il ne serait plus en capacité d'exprimer sa volonté. Il est indiqué que, à cette date, « à titre indicatif, il souhaite une absence d'acharnement ».

L'EPSNF a par ailleurs encouragé Monsieur C. à désigner une personne de confiance qui puisse être associée à sa prise en charge médicale. En application de l'article L.1111-6 du code de la santé publique, cette personne doit notamment être consultée « au cas où [le patient] serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage ». Il a désigné sa compagne, Madame F., qui a ainsi régulièrement été tenue informée de son évolution clinique et de ses décisions.

La personne de confiance a été d'une aide précieuse et elle a constitué un appui solide pour l'équipe soignante et pénitentiaire. Il est ainsi noté, à titre d'exemple, que le 18 août, Monsieur C. accepte la prise de vitamines en association à sa perfusion après un entretien entre le médecin de l'EPSNF et Madame F. De même, le 20 septembre, il est indiqué que son intervention a été déterminante dans la décision de son compagnon d'accepter son transfert à l'HRPG ; ce jour-là, deux médecins de l'EPSNF rencontrent Madame F. et lui font part « de la gravité du tableau clinique et du risque d'évolution péjorative, notamment du décès, en l'absence de prise en charge adaptée ». Celle-ci participe ensuite à l'entretien des médecins avec Monsieur C. à l'issue duquel il accepte d'être pris en charge dans un service de nutrition.

³ L'article 8-1 de la loi du 30 octobre 2007 instituant un CGLPL prévoit que : « Les informations couvertes par le secret médical peuvent être communiquées, avec l'accord de la personne concernée, aux contrôleurs ayant la qualité de médecin. Toutefois, les informations couvertes par le secret médical peuvent leur être communiquées sans le consentement de la personne concernée lorsqu'elles sont relatives à des privations, sévices et violences physiques, sexuelles ou psychiques commis sur un mineur ou sur une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ».

⁴ Le Conseil national de l'Ordre des médecins considère que n'est pas tranché le fait de savoir si les directives anticipées, au sens de l'article L. 1111-11 du code de la santé publique, ont vocation à s'appliquer dans le cas d'un gréviste de la faim détenu ayant perdu conscience.

L'aumônier musulman a également été sollicité et a pu rencontrer Monsieur C. à l'EPSNF.

Tous les parloirs se sont tenus dans la chambre de Monsieur C.

Le suivi médical de Monsieur C. a cependant été compliqué tout au long de son séjour à l'EPSNF dans la mesure où il se montre versatile dans le cadre de sa prise en charge médicale et que sa compliance aux soins est très fluctuante, refusant et acceptant alternativement la perfusion et la vitaminothérapie. A partir du 25 août et jusqu'au 14 septembre, il accepte parfois la perfusion mais refuse la supplémentation en vitamines et phosphore. Il est indiqué qu'il modifie également régulièrement ses « directives anticipées ». Le 23 août, il écrit un courrier précisant qu'il souhaite être réanimé en cas d'arrêt cardio-respiratoire.

D'après les informations recueillies par les contrôleurs, la situation de Monsieur C. reste très exceptionnelle dans la mesure où l'hospitalisation de personnes en grève de la faim à l'EPSNF permet habituellement la mise en place d'échanges interactifs débouchant sur une reprise de l'alimentation. En l'espèce, si un dialogue s'est instauré entre le patient, la personne de confiance, le personnel soignant et les autorités pénitentiaires – notamment sur les implications médicales du jeûne et les modalités de la prise en charge pénitentiaire –, les pourparlers se sont heurtés à l'absence d'interlocuteur judiciaire susceptible de répondre, d'une manière ou d'une autre, aux motifs de protestation⁵.

La prise en charge et le suivi médical de la grève de la faim de Monsieur C. au sein de l'EPSNF ont été conformes à la déontologie médicale : mise en place d'un dialogue dans le respect du principe de neutralité, surveillance permanente de la part de l'équipe médicale, évaluation de l'état psychique du patient, information médicale régulière et renouvelée sur les implications médicales du jeûne, vigilance quant au refus de soins actuel et éclairé, interventions de plusieurs médecins auprès du patient, implication de la personne de confiance, instructions écrites du gréviste de la faim.

Les contrôleurs ont constaté que le directeur interrégional des services pénitentiaires Île-de-France, le procureur de la République près le tribunal de grande instance (TGI) de Paris et la juge d'instruction au TGI de Paris ont été régulièrement informés de l'évolution de la grève de la faim et de l'état de santé de Monsieur C., *via* le formulaire « compte rendu de grève de la faim »⁶, établi conjointement par le directeur et le médecin de l'EPSNF.

Ce document comporte une partie médicale et une partie administrative. Le 20 septembre, veille du transfert de Monsieur C. à l'HRPG, il porte les mentions suivantes :

- hospitalisation à l'EPSNF depuis le 10-08-2017 ;
- refuse de s'alimenter depuis le 19-07-2017 ;

⁵ Selon le Comité Consultatif National d'Ethique, « le médecin confronté à une grève de la faim a le devoir d'emblée d'informer la personne des risques qu'elle encourt sans influencer sa détermination ni peser sur les causes qui ont pu présider à celle-ci. Son attitude doit être totalement neutre. Il est important que cette information médicale soit réitérée à plusieurs reprises dans le cadre d'un dialogue qui respecte les motivations qui ont présidé à cette grève de la faim », Avis n°94, La santé et la médecine en prison, oct.2006.

⁶ Conformément aux dispositions de la circulaire de la direction de l'administration pénitentiaire du 13 octobre 1986 relative aux dispositions à prendre en cas de refus d'aliments solides et liquides.

- à ce jour, la grève de la faim dure depuis 61 jours ;
- motif de la grève de la faim : contestation de l'autorité judiciaire ;
- pronostic vital en jeu ; alitement prolongé : déficit musculaire => risque thromboembolique ;
- pronostic fonctionnel en jeu ; amyotrophie, paresthésies des quatre membres ;
- l'état de l'intéressé nécessite son hospitalisation.

2.1.2 Une décision de transfert à l'hôpital Raymond-Poincaré de dernier recours

Le 14 septembre 2017, Monsieur C. est victime d'un malaise vers 7 heures du matin et son état de santé s'aggrave sensiblement. Il est vu en consultation par deux médecins de l'EPSNF qui réalisent un bilan biologique, installent une couverture de survie et le placent sous surveillance.

Il est alors en grève de la faim depuis 57 jours, a perdu 25 % de son poids initial et présente des troubles ioniques avec notamment une hypophosphorémie. Le médecin estime que le pronostic vital est engagé à court terme, sa grève de la faim étant aggravée par le refus de toute vitaminothérapie. Au vu de son état, l'hospitalisation dans un service spécialisé est envisagée.

L'EPSNF sollicite ainsi l'hôpital Raymond-Poincaré de Garches (HRPG) aux fins d'admission de Monsieur C. dans l'unité de médecine aiguë dédiée à la prise en charge des complications somatiques et à la dénutrition grave des patients souffrant de troubles du comportement alimentaire (TCA). En fin de matinée, Monsieur C. indique qu'il ne sait pas encore s'il acceptera cette hospitalisation ; il y consentira dans l'après-midi.

Le professeur responsable de l'unité donne son accord de principe pour une admission de Monsieur C. dans son service mais indique, qu'il n'a pas de place de disponible avant le début de la semaine suivante. Le directeur pénitentiaire de l'EPSNF, la juge d'instruction, la compagne de Monsieur C. et son avocate sont informés que le pronostic vital est engagé et de l'acceptation de principe de l'hôpital Raymond-Poincaré pour le début de la semaine du 18 septembre.

Les 15 et 16 septembre, il est indiqué que « le patient réaffirme refuser la supplémentation vitaminique, le transfert dans le service de nutrition ainsi que la mise en place d'une anticoagulation prophylactique. Le patient est informé des conséquences de ces refus, notamment du risque d'engagement du pronostic vital, malgré ces informations, le patient persiste dans ses refus ».

Le 18 septembre, l'EPSNF est informé qu'une place est disponible à l'HRPG. Cependant, Monsieur C. refuse son transfert, déclarant qu'il « veut mourir ».

Le 19 septembre, le médecin note : « Difficulté de perfusion en VVP avec échecs multiples de tentative de pose d'une nouvelle voie d'abord veineuse. Refus du patient de la mise en place d'un KTC. Réaffirme de nouveau refuser la supplémentation vitaminique, la mise en place d'une VVC, l'administration d'un traitement antalgique, le transfert dans le service de nutrition ainsi que la mise en place d'une anticoagulation prophylactique. Le patient est de nouveau informé des conséquences de ces refus, notamment du risque d'engagement du pronostic vital, malgré ces informations, le patient persiste dans ses refus »⁷.

⁷ VVP : voie veineuse principale ; VVC : voie veineuse centrale ; KTC : cathéter central.

Monsieur C. accepte en définitive l'hospitalisation dans l'unité de médecine aiguë le 20 septembre, après d'ultimes négociations avec les médecins de l'EPSNF et l'intervention persuasive de sa compagne.

Plusieurs interlocuteurs ont fait part, pour des motifs différents, de leurs incompréhensions quant aux modalités et aux circonstances dans lesquelles s'est effectuée l'hospitalisation de Monsieur C. à l'HRPG.

Il est ainsi indiqué que la juge d'instruction aurait demandé à l'administration pénitentiaire de ne pas transférer Monsieur C. à l'HRPG avant qu'un expert, diligenté par ses soins, ait évalué son état de santé – et ainsi attesté de la réalité de la grève de la faim. Les médecins de l'HRPG ont déploré, pour leur part, de n'avoir pas pu prendre en charge Monsieur C. plus tôt au regard de son état clinique à son arrivée. Enfin, l'autorité préfectorale a regretté non seulement « que l'organisation de la garde de Monsieur C. ait été caractérisée par un évident manque d'anticipation », mais également, « que le seul transfert dans un hôpital du secteur ait été envisagé sans examen préalable, sauf erreur de [sa] part, des possibilités de recours aux unités hospitalières sécurisées interrégionales ».

Il apparaît que l'admission de Monsieur C. dans le service de nutrition de l'hôpital Raymond-Poincaré a été réalisée dans l'urgence en raison des refus initiaux exprimés par le patient d'y être transféré. Le Conseil national de l'Ordre des médecins rappelle à cet égard qu'un médecin ne peut imposer l'hospitalisation d'une personne détenue consciente et ne souffrant pas de troubles mentaux, s'il ne l'a pas obtenue par la négociation.

Selon les soignants de l'EPSNF, le recours à l'HRPG avait pour objectif de permettre l'intervention d'une équipe médicale spécialisée afin de « débloquer la situation » et d'empêcher Monsieur C. de mourir. La longueur des délais d'affectation à l'UHSI de la Pitié-Salpêtrière a également été évoquée, sans davantage de précisions.

L'HRPG dispose d'une unité de médecine aiguë exclusivement dédiée à la prise en charge des complications somatiques et à la dénutrition grave des patients souffrant de troubles du comportement alimentaire (TCA). L'équipe soignante – composée de médecins somaticiens, de psychiatres, d'une psychologue, d'une diététicienne, d'une assistante sociale, ainsi que d'infirmières et d'aides-soignantes – est ainsi spécialisée dans la prise en charge des TCA et la réanimation nutritionnelle. Il est indiqué que l'unité de réanimation nutritionnelle de l'hôpital de Garches est le seul service en France spécialisé pour réanimer ces malades.

Monsieur C. est transféré à l'HRPG le 21 septembre. A cette date, il mène sa grève de la faim depuis 64 jours, avec une perte du poids initial de près de 30 % ; son pronostic vital est engagé à court terme.

Il est indiqué que dans les premiers jours qui suivent son admission, il se trouve dans un état de grande confusion mentale, il refuse le traitement médicamenteux, la prise des constantes et de s'alimenter. Les médecins estiment que Monsieur C. va mourir dans les douze heures. Le 25 septembre, les conséquences neurologiques deviennent particulièrement graves et il est réhydraté.

Il semblerait que Monsieur C. accepte la renutrition à partir du 26 septembre ; à cette date, du glucose lui est administré. Par la suite, son suivi médical reste difficile – dans la mesure où il est

alternativement compliant et réfractaire aux soins et aux examens – mais il accepte peu à peu de s'alimenter, en particulier après la visite de la juge d'instruction le 3 octobre.

Les équipes soignantes certifient de nouveau que Monsieur C. n'est pas suicidaire mais qu'il souhaite poursuivre son action pour se faire entendre du magistrat en charge de son dossier.

L'état clinique de Monsieur C. a nécessité son hospitalisation pendant dix-huit jours à l'HRPG. Il a réintégré l'EPSNF le 9 octobre 2017.

Il n'appartient pas au CGLPL de remettre en cause une décision d'hospitalisation ; celle-ci est avant tout médicale et repose sur un diagnostic ainsi que sur l'appréciation du type de prise en charge paraissant le plus approprié. L'EPSNF, comme les UHSI, ont vocation à accueillir les personnes détenues dont les soins requièrent une hospitalisation complète. Il est observé, en l'espèce, que Monsieur C. a ensuite été transféré dans un service spécialisé de réanimation nutritionnelle – dont le caractère d'unité de recours interrégionale et nationale est reconnu par l'agence régionale de santé.

2.2 LE RECOURS A L'ALIMENTATION FORCEE AU CŒUR DE LOGIQUES ETHIQUES ET JURIDIQUES INCONCILIABLES

2.2.1 L'injonction de l'autorité judiciaire et les conflits de devoirs du corps médical

Le 14 septembre, à la suite du malaise de Monsieur C., le médecin chef de pôle de l'EPSNF informe la juge d'instruction et le directeur de l'EPSNF que l'état général de Monsieur C. est très altéré et que son pronostic vital est engagé.

Il indique dans le certificat médical qu'il établit qu'« il a, à ce jour perdu 20 kg (25 % de son poids initial) et présente des troubles ioniques avec notamment une hypophosphorémie. Malgré mes explications répétées sur les risques fonctionnels et vitaux qu'il prend en continuant sa grève de la faim, Monsieur C. refuse toujours de s'alimenter. Il lui a été proposé une prise en charge dans le service [de nutrition] à l'hôpital Raymond Poincaré à Garches (92) qui pourrait l'accueillir en début de semaine prochaine. Le pronostic vital est maintenant engagé à court terme si Monsieur C. ne met pas fin rapidement à cette grève de la faim aggravée par le refus de toute vitaminothérapie ». A cette date, celui-ci est en grève de la faim depuis 57 jours.

D'après les informations recueillies, la juge d'instruction téléphone au médecin chef de pôle de l'EPSNF, le 14 septembre 2017 en fin de journée, et lui demande de procéder à l'alimentation forcée du patient détenu. En réponse, celui-ci lui répond qu'il ne lui est pas possible de mettre en place une alimentation forcée, au regard des règles régissant son exercice professionnel.

Sans entrer dans le détail des propos tenus lors de cette conversation – et de celle qui aura lieu, le lendemain entre la juge d'instruction et le directeur de l'EPSNF –, il apparaît que, d'une manière générale, les relations entre le magistrat et l'équipe soignante de l'EPSNF ont été empreintes de tensions, de méfiance et d'incompréhensions réciproques.

Le 19 septembre, la juge d'instruction adresse un soit-transmis au directeur de l'EPSNF sollicitant la mise en application de l'article D.364 du code de procédure pénale, c'est-à-dire la mise en place d'une alimentation forcée, « compte-tenu de l'altération grave de son état de santé (pronostic vital engagé, séquelles envisagées) ».

En application de cet article, « 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 [...] ».

D'après les informations recueillies par les contrôleuses, Monsieur C. est alors conscient et il a, à cette date, réaffirmé qu'il refuse la supplémentation vitaminique, la mise en place d'une voie veineuse centrale, l'administration d'un traitement antalgique ainsi que la mise en place d'une anticoagulation prophylactique. Ce 19 septembre, il refuse également son transfert dans le service de nutrition clinique de l'hôpital de Garches.

Ainsi, dès lors que Monsieur C. a clairement exprimé un refus de traitement et dans la mesure où il a encore le gouvernement de lui-même, les médecins refusent de nouveau d'intervenir contre sa volonté et de procéder à son alimentation forcée – au motif que celle-ci constitue une violation flagrante de l'éthique médicale.

Le CGLPL observe que la situation d'un gréviste de la faim détenu dont l'état de santé est gravement altéré peut occasionner un conflit entre deux logiques, celle de l'autorité judiciaire qui considère que l'Etat est en droit de réclamer l'alimentation forcée et celle du corps médical qui considère que celle-ci représente une violation grave de l'intégrité du patient dont il a la charge.

Après le transfert de Monsieur C. à l'HRPG, les médecins de cet établissement estiment, de la même manière que leurs confrères de l'EPSNF, que la déontologie médicale impose qu'ils acceptent le refus d'alimentation de leur patient gréviste de la faim.

Plusieurs médecins ont par ailleurs rappelé qu'il ne leur appartient ni d'encourager un gréviste de la faim dans son combat, ni d'exercer la moindre pression sur lui et céder aux pressions d'intervenants extérieurs, quels qu'ils soient. Cette préoccupation est partagée par le Conseil national de l'Ordre des médecins qui souligne que « dans ces situations, les soignants sont instrumentalisés dans le conflit opposant un gréviste de la faim à une autorité. Le gréviste de la faim use du seul moyen d'expression qui lui paraît lui rester. En intervenant activement, comme c'est leur vocation, pour préserver la vie du gréviste de la faim, les soignants peuvent placer l'autorité visée par le conflit en posture de toute puissance dès lors qu'elle serait assurée d'une intervention médicale lui garantissant l'absence de conséquence majeure de l'action entreprise envers elle »⁸.

A son arrivée à l'HRPG, Monsieur C. réitère ses « directives anticipées », indiquant qu'il refuse d'être nourri. A ce moment, son niveau de conscience est cependant altéré du fait de sa déshydratation. Dans ce contexte, plusieurs médecins – dont le professeur responsable de l'unité, un spécialiste en médecine générale, un psychiatre et un réanimateur – se réunissent le lendemain, 22 septembre, afin de décider collégalement de la conduite à tenir.

D'après les informations recueillies, il semblerait que les médecins aient décidé, au vu de l'état clinique de Monsieur C. et au regard de l'éthique médicale, d'une part, de respecter sa volonté en ne recourant pas à son alimentation et, d'autre part, de procéder à son hydratation et à sa

⁸ Lettre au CGLPL du 28 juin 2018.

réanimation en cas de nécessité (coma, choc septique). En effet, il est indiqué que si Monsieur C. a exprimé qu'il ne voulait pas être nourri, il n'a pas dit qu'il ne souhaitait pas être réanimé.

La situation d'une personne en grève de la faim prolongée pose aux médecins une question éthique centrale, entre le souci de ne pas faire courir un risque grave à leur patient et celui de respecter sa volonté. Elle illustre également un conflit de droits fondamentaux – dont l'obligation de protéger la vie et le respect de l'autonomie personnelle.

2.2.2 Les avis en deux temps du Conseil national de l'Ordre des médecins

A la suite de la réception du soit-transmis sollicitant la mise en place d'une alimentation forcée, le médecin chef de pôle de l'EPSNF sollicite aussitôt plusieurs avis, par téléphone, dont celui du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) et celui de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). Il ressort de ces conversations téléphoniques et des avis recueillis auprès de ses confrères, qu'un médecin n'a pas le droit de nourrir un patient sous la contrainte mais qu'il pourrait être condamné en cas de décès de celui-ci, pour omission de porter secours.

Le CCNE et l'AP-HP lui conseillent vivement de solliciter une décision du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM).

Le 20 septembre 2017, le médecin chef de pôle de l'EPSNF adresse ainsi un courriel à l'Ordre national des médecins afin d'obtenir un avis sur la mise en place d'une alimentation forcée. Celui-ci répond le même jour par le biais de sa section Ethique et Déontologie.

Dans ce courrier, le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) mentionne tout d'abord qu'il « mesure bien toute la difficulté d'une telle situation qui met le médecin face à un conflit de devoirs : devoir de respecter l'autonomie et la volonté du patient, qui a le droit de refuser un traitement et devoir du médecin de préserver la vie et la santé des personnes ».

Il estime cependant que « le médecin peut, dans une situation extrême, passer outre [le refus du patient d'accepter les soins indispensables] et recourir aux actes indispensables pour le sauver et proportionnés à son état ».

Sont cités, à l'appui de cet avis, l'article L.1111-4 du code de la santé publique, l'article 36 du code de déontologie médicale et ses commentaires⁹ ainsi qu'un extrait du rapport sur les aspects déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire adopté en 2001 dans lequel le CNOM avait considéré que : « Le consentement du détenu est indispensable comme ailleurs, peut-être plus qu'ailleurs, pour éviter d'ajouter une contrainte supplémentaire. Il peut être refusé, alors qu'un traitement s'impose avec un important enjeu, pour faire pression sur le médecin, sur le système pénitentiaire ou judiciaire et essayer d'obtenir un avantage. Les grévistes de la faim voient leur comportement respecté jusqu'au moment où ils mettent leurs jours en danger, ce qui impose alors une attitude médicale active. Encore plus qu'ailleurs, l'observance est problématique et difficile à vérifier ».

Le CNOM joint par ailleurs à son avis les extraits de deux avis du Comité consultatif national d'éthique intéressant les questions éthiques posées par la prise en charge des personnes en grève de la faim, notamment en prison¹⁰.

⁹ Cf. Annexes 1 et 2.

¹⁰ Cf. Annexe 3.

A l'issue des vérifications effectuées sur place et au vu des éléments donnés au médecin chef de pôle de l'EPSNF, le CGLPL a souhaité obtenir des éclaircissements sur la position du CNOM, s'agissant des situations de personnes détenues en grève de la faim volontaire et à durée indéterminée¹¹. Il semblait en effet que, dans sa lettre au médecin de l'EPSNF, le CNOM préconise l'alimentation forcée des personnes détenues grévistes de la faim lorsque le pronostic vital est engagé à court terme – quand bien même le patient détenu serait conscient et qu'il aurait exprimé clairement son refus d'alimentation et de traitement. Or, si d'un point de vue pénal, cette solution présentait l'avantage de ne pas exposer les médecins à une poursuite pour omission de porter secours, d'un point de vue éthique, elle apparaissait sensiblement différente de celle de l'AMM et du CNNE qui proscrivent toute forme d'alimentation forcée, sauf si les « personnes privées de leurs capacités n'ont pas laissé d'instructions préalables basées sur leur libre arbitre » pour la première et « en dehors de situations au seuil de l'inconscience » pour le second.

Dans une lettre du 28 juin 2018 adressée au CGLPL, le CNOM précise sa position éthique sur un certain nombre de points¹². Parmi les éléments de réponse apportés, il indique que :

- « Dans un souci d'égalité de traitement, l'Ordre ne considère pas opportun de conserver la distinction actuellement faite entre un gréviste de la faim libre et un gréviste de la faim en détention ».

Il estime en effet que « la distinction actuellement opérée par l'article D.364 du code de procédure pénale n'est pas justifiée. En effet, le principe d'autonomie de décision de la personne est clairement affirmé et l'article L.1111-4 du code de la santé publique affirme le droit de toute personne de refuser ou de ne pas recevoir un traitement, et ce indistinctement qu'il s'agisse d'une personne détenue ou libre. La loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale prévoit d'ailleurs que les personnes placées sous main de justice doivent avoir accès à une qualité de soins équivalente à celle de la population générale. Ceci est rappelé dans le guide méthodologique du ministère de la justice et du ministère des solidarités et de la santé mis à jour le 12 décembre 2017 intitulé : Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Dans la situation de la grève de la faim menée par un détenu, on serait tenté de justifier l'alimentation forcée du détenu par un devoir d'humanité. Un gréviste de la faim, en dehors d'un lieu de privation de liberté, ne peut être soumis contre son gré à une hospitalisation ou une alimentation forcée. Si en milieu pénitentiaire il l'est, c'est pour éviter le trouble qu'une grève de la faim est susceptible d'apporter au bon fonctionnement des institutions judiciaire et pénitentiaire ».

¹¹ Le CGLPL souhaitait notamment savoir si, du point de vue du CNOM, la distinction entre un gréviste de la faim libre et un gréviste de la faim incarcéré est fondée et justifiée ; si le transfert à l'hôpital d'une personne détenue consciente – et ne souffrant pas de troubles mentaux – est envisageable contre sa volonté et, le cas échéant, le fondement juridique qui pourrait l'autoriser ; si l'attitude du médecin peut ou doit être différente dans le cas où la personne détenue aurait laissé des directives explicites s'appliquant en cas de perte de connaissance pouvant être suivie de mort ; s'il lui paraît pertinent, s'agissant des « actes indispensables et proportionnés », d'opérer une distinction entre les actes de réhydratation et de réanimation et les actes de réalimentation ; si la notion de « vie en danger » comprend le risque de séquelles ; etc.

¹² Le CNOM indique par ailleurs poursuivre sa réflexion, non seulement à propos des situations de grèves de la faim dans les lieux de privation de liberté, mais également aux autres situations dans lesquelles les médecins, confrontés à des conflits de devoirs, doivent faire primer l'un d'eux.

- « Le Conseil national de l'Ordre des médecins estime que le médecin en charge d'une personne privée de liberté ne peut imposer aucun acte thérapeutique y compris de réhydratation, de réalimentation ou de réanimation ».

Pour lui, « il n'y a pas lieu d'opérer une distinction entre les actes de réanimation, de réhydratation et de réalimentation artificielles, qualifiés d'actes de traitement. (Arrêt Conseil d'État 24 juin 2014). Il semble important de préciser que le médecin de l'USMP¹³ ne peut imposer un traitement de réhydratation par voie parentérale. Il était considéré dans ces situations très rares que dès lors que le patient détenu avait perdu conscience le médecin pouvait, voire devait, mettre en œuvre une réhydratation, ce avec deux problématiques subséquentes. La première est, faute d'intervention, le risque de séquelles irréversibles, insuffisance rénale en particulier, qu'une réhydratation plus précoce aurait pu prévenir. La seconde est la reprise de la grève de la faim après la reprise de conscience ».

- « Le Conseil national estime que la seule notion de « possibles séquelles » ne saurait permettre une intervention médicale à laquelle la personne concernée s'est opposée ».

« Il était considéré que, dès lors que le patient détenu avait perdu conscience, le médecin pouvait, voire devait, mettre en œuvre une réhydratation, ce avec, comme déjà dit, deux problématiques subséquentes. La première est, faute d'intervention, le risque de séquelles irréversibles, insuffisance rénale en particulier, qu'une réhydratation plus précoce aurait pu prévenir. La seconde est la reprise de la grève de la faim après la reprise de conscience. Dès que la grève de la faim aura duré un certain temps qui ne peut être défini, une altération de la fonction rénale peut apparaître que seule une surveillance biologique rapprochée pourrait anticiper, surveillance mal envisageable et à laquelle le gréviste de la faim ne saurait être contraint à se soumettre. En cas de grève de la soif, les délais sont encore plus brefs, voire ne se comptant plus en jours ».

Le CGLPL considère, à l'instar du Conseil national de l'Ordre des médecins, que la distinction entre un gréviste de la faim libre et un gréviste de la faim incarcéré n'est pas justifiée. En conséquence, l'article D.364 du code de procédure pénale doit être abrogé. En cas de grève de la faim d'une personne, qu'elle soit détenue ou non, les dispositions de l'article L.1111-4 du code de la santé publique s'appliquent et la volonté de la personne doit être respectée.

En application de l'article 10 de la loi du 30 octobre 2007¹⁴, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté propose au Gouvernement, par lettre distincte, l'abrogation de l'article D.364 du code de procédure pénale.

¹³ USMP : unité sanitaire en milieu pénitentiaire.

¹⁴ « Dans son domaine de compétences, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté [...] propose au Gouvernement toute modification des dispositions législatives et réglementaires applicables ».

3. LA GARDE POLICIERE A L'HOPITAL RAYMOND-POINCARE DE GARCHES

3.1 DES DIFFICULTES RECURRENTES ENTRE LES SERVICES CONCERNES

3.1.1 Des dysfonctionnements dans la mise en place de la garde statique

Le 20 septembre, l'EPSNF adresse une demande de garde statique à la préfecture des Hauts-de-Seine pour le lendemain, accompagnée d'un certificat médical et de la fiche pénale de Monsieur C.

Le même jour, le préfet des Hauts-de-Seine signifie au directeur de l'EPSNF qu'il refuse la mise en place d'une garde statique au motif que le troisième district de la direction territoriale de sécurité de proximité des Hauts-de-Seine est mobilisé pour la sécurisation d'événements publics devant avoir lieu le 21 septembre. Il précise que les missions de « police-secours » et de protection des biens et des personnes sont prioritaires dans le cadre du plan Vigipirate de l'état d'urgence alors en vigueur. Le directeur de l'EPSNF est invité à formuler sa demande auprès d'une autre direction territoriale de sécurité de proximité (DTSP).

Monsieur C. est admis à l'HRPG le 21 septembre à 10 heures. Il est conduit à l'hôpital par une escorte pénitentiaire.

Le même jour, le directeur de l'EPSNF réitère sa demande de garde statique auprès du préfet des Hauts-de-Seine. Il lui demande de reconsidérer sa décision initiale de refus et précise que, selon l'avis des médecins, « cette hospitalisation n'est pas reportable et revêt une urgence absolue ». Il informe également le préfet que l'escorte pénitentiaire ne pourra être maintenue au-delà de 16 heures. Ce courrier est envoyé, en copie, à la direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP) de Paris, au juge d'instruction du TGI de Paris ainsi qu'aux parquets de Paris et de Créteil.

Il est indiqué que, malgré les relances par mail et par téléphone effectuées par l'EPSNF, aucune réponse n'est donnée par la préfecture des Hauts-de-Seine. En tout état de cause, l'escorte pénitentiaire n'est pas relevée à 16 heures.

L'administration pénitentiaire adresse alors un second courrier à la préfecture des Hauts-de-Seine avec l'annonce d'un départ des agents de l'EPSNF à 11 heures le lendemain, 22 septembre. Elle informe le juge d'instruction de la situation. Il est indiqué que le magistrat prend alors attache avec les services préfectoraux afin de solliciter une garde statique, la préfecture confirmant qu'aucun effectif de police ne serait disponible avant 72 heures, au minimum.

Après de nombreux échanges entre l'ensemble des interlocuteurs (dont médicaux), le directeur de l'établissement pénitentiaire prend l'initiative de maintenir ses agents durant toute la nuit. La DISP de Paris en est avisée et rappelle au chef d'établissement que la décision de maintenir la garde pénitentiaire n'est pas conforme à la réglementation et qu'il n'appartient pas à l'administration pénitentiaire de suppléer les forces de l'ordre dans leurs missions.

Le lendemain, le directeur de l'EPSNF informe le directeur de l'HRPG ainsi que le professeur responsable du service qu'il ne lui est plus possible de maintenir ses agents pour assurer la garde statique de Monsieur C. et que ceux-ci se retireront le jour même à 11 heures du matin.

Le 22 septembre à 11 heures, l'escorte pénitentiaire quitte l'HRPG et l'EPSNF et en informe le préfet des Hauts-de-Seine ; celui-ci maintient sa position de refus « dans la mesure où les responsabilités et contraintes pesant sur les forces de l'ordre restent inchangées à cette heure ».

En l'occurrence, il est indiqué que les forces de l'ordre sont mobilisées pour assurer la sécurisation des lieux de culte israélites à l'occasion des fêtes de Tichri.

De son côté, l'HRPG a indiqué, dès le 21 septembre, qu'il refuserait d'accueillir plus longtemps Monsieur C. si la garde n'était pas assurée. Il est indiqué que l'arrivée du patient détenu, le refus de la préfecture d'assurer la surveillance et la menace de l'administration pénitentiaire de retirer son escorte ont provoqué d'importantes tensions au sein du service hospitalier ; les organisations syndicales ont notamment été saisies et les soignants ont menacé d'exercer leur droit de retrait. Dans ce contexte, l'HRPG a signifié que Monsieur C. serait renvoyé à l'EPSNF en l'absence de garde.

D'après les informations recueillies, des échanges téléphoniques auraient eu lieu entre le médecin responsable de l'unité de nutrition, la direction de l'AP-HP, la direction de l'administration pénitentiaire mais également les services préfectoraux et le commissariat de Saint-Cloud. Ces derniers auraient confirmé au médecin l'absence de policiers disponibles et il lui aurait été demandé d'enfermer Monsieur C. dans sa chambre, « la responsabilité de l'hôpital étant engagée dans le cas où il arriverait quelque chose ». Des pressions auraient par ailleurs été exercées sur le corps médical afin que Monsieur C. soit transféré à l'UHSI. Or, du point de vue des médecins, cet établissement n'est pas adapté à la prise en charge médicale du patient détenu dont l'état de santé nécessite des soins spécifiques¹⁵.

Dans ce climat particulièrement tendu et au regard de l'état de santé de Monsieur C., le directeur de l'hôpital de Garches décide de solliciter le personnel de sécurité de son établissement pour assurer la surveillance du patient détenu. Il est ainsi indiqué que, en l'absence de relève policière, des agents de sécurité de l'hôpital ont effectué des rondes régulières au sein du service de nutrition afin de prévenir tout incident.

Cette situation a perduré pendant près de douze heures, de 11h à 22h40, avant qu'une garde policière ne soit finalement mobilisée – sur réquisition de la préfecture.

Le CGLPL observe que les dysfonctionnements liés à l'organisation de la garde à l'hôpital ont fortement perturbé l'exécution du service hospitalier. Il n'est par ailleurs pas acceptable que des tâches de surveillance et de garde aient été assurées par l'établissement hospitalier¹⁶.

3.1.2 La nécessaire coordination des services dans le respect des missions de chacun

Les vérifications sur place relatives à la situation de Monsieur C. ont mis en lumière l'existence de difficultés récurrentes relatives aux gardes statiques, dans le département des Hauts-de-

¹⁵ A noter que l'expert qui a examiné Monsieur C. à la demande de la juge d'instruction a également estimé que son état de santé nécessitait son maintien à l'HRPG.

¹⁶ L'article R.1112-33 du code de la santé publique dispose que : « les mesures de surveillance et de garde incombent exclusivement aux personnels de police ou de gendarmerie, et s'exercent sous la responsabilité de l'autorité militaire ou de police ».

Seine¹⁷, entre les services de police, les autorités préfectorales, l'administration pénitentiaire et les établissements de santé.

Le CGLPL a notamment pris connaissance d'incidents survenus au cours de l'été 2017 à l'occasion d'hospitalisations de personnes détenues à l'hôpital Beaujon de Clichy et à l'hôpital Antoine-Béclère de Clamart. Le 13 juillet, une personne détenue est restée sans surveillance, les services préfectoraux ayant signifié l'impossibilité de procéder à une garde statique et l'administration ayant levé la surveillance après deux « mises en demeure ». Les 2 et 7 août, l'administration pénitentiaire a adressé des « mises en demeure » au préfet des Hauts-de-Seine devant les difficultés de mise en place d'une garde statique ; dans l'un de ces cas, la garde a alors été assurée par l'administration pénitentiaire pendant 20 heures – dont toute une nuit.

Il ressort des échanges menés avec l'ensemble des protagonistes que les relations entre les uns et les autres sont empreintes de fortes tensions et d'incompréhensions – voire de suspicions :

le commissariat estime que la demande de garde n'est pas toujours justifiée et que cette mission devrait relever de l'administration pénitentiaire, le déploiement des policiers sur le terrain devant être privilégié ; l'administration pénitentiaire met en cause les délais d'attente imposés à la venue d'une garde policière, le temps perdu par le personnel de l'escorte et l'absence de réponse à ses demandes de garde statique ; les autorités préfectorales regrettent le manque d'anticipation pour l'organisation des gardes statiques, la charge croissante que celles-ci font peser sur les services de police au détriment de leurs missions prioritaires, l'insuffisance de recours aux unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) et le manque d'éléments permettant au préfet de département d'apprécier la nécessité de prescrire une garde statique ; les médecins de l'EPSNF regrettent les délais de prise en charge à l'UHSI et déplorent que leurs décisions médicale et d'hospitalisation (hors EPSNF, UHSI et UHSA¹⁸) soient compromises faute de garde disponible ; etc.

A la suite des vérifications sur place effectuées, l'administration pénitentiaire a indiqué au CGLPL que les difficultés rencontrées par les chefs d'établissement pour obtenir le renfort des forces de sécurité intérieure, lors d'une demande de garde statique, l'ont conduit à édicter une note précisant la procédure à suivre en de telles circonstances.

Cette note, en date du 26 juillet 2018, précise les modalités selon lesquelles le chef de l'établissement pénitentiaire doit adresser sa demande de garde statique à l'autorité préfectorale et, en cas de réponse négative ou d'absence de réponse dans un délai d'une heure, un courrier de relance. Il est spécifié que « sauf situation exceptionnelle justifiée par l'autorité préfectorale, il y a lieu de considérer qu'un délai de deux heures à partir de l'envoi du courrier de relance doit permettre aux forces de sécurité intérieure de s'organiser. Par conséquent, en cas d'absence de présentation des forces de sécurité intérieure à l'heure indiquée dans le courrier de relance, les personnels pénitentiaires quittent les lieux ». Il est rappelé que le chef d'établissement doit fournir à la préfecture tous les renseignements utiles pour lui permettre d'organiser la garde du détenu.

De même, par courrier du 16 janvier 2018, le préfet des Hauts-de-Seine indique au CGLPL qu'il a mis en place une fiche de procédure afin de faciliter les échanges et lui servir de base pour

¹⁷ Il est indiqué que des difficultés similaires existent dans les départements de la Seine-et-Marne, de la Seine-Saint-Denis et du Val de Marne.

¹⁸ UHSA : unité hospitalière spécialement aménagée

prendre sa décision de prise en charge des gardes statiques par les forces de l'ordre. Cette fiche, intitulée « demande de prise en charge par les forces de l'ordre », contient des demandes de renseignements utiles concernant, notamment, les modalités de prise en charge à l'hôpital et le profil pénitentiaire du détenu¹⁹ ; elle a été précisée par courrier au directeur interrégional des services pénitentiaires Ile-de-France en décembre 2017.

Le CGLPL a également été informé que, devant les difficultés rencontrées pour obtenir des gardes statiques dans les hôpitaux des Hauts-de-Seine, le directeur interrégional des services pénitentiaires de Paris a rencontré le directeur général de l'agence régionale de santé Ile-de-France le 29 septembre 2017 et le directeur de cabinet du directeur générale de l'AP-HP le 6 novembre 2017 : « Ces réunions avaient pour finalité d'évoquer la planification des hospitalisations dans les établissements de leur circonscription. Il a été observé que nombre d'unités sanitaires hospitalisent les personnes détenues sur leur hôpital de rattachement, générant ainsi des gardes statiques. Certaines de ces hospitalisations pourraient être orientées vers les plateaux techniques de pointe de l'unité hospitalière sécurisée interrégionale de la Pitié-Salpêtrière en limitant ainsi la pression sur les forces de l'ordre et en économisant des gardes statiques ».

Le DISP de Paris indique par ailleurs que les préfets des départements des Hauts-de-Seine, de Seine-et-Marne, de Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne – principalement concernés par ce type de difficultés – ont été saisis par écrit et que le préfet de région le sera également, « devant la persistance des difficultés ».

Le CGLPL prend note des mesures prises par les différentes autorités, relevant de leur domaine de compétences respectif.

Il rappelle et considère que :

- la mission de garde des personnes détenues hospitalisées relève de la police nationale ou de la gendarmerie, sur réquisition de la préfecture, en application de l'article D.394 du code de procédure pénale ;

- si l'administration pénitentiaire peut estimer que la mise en place d'une garde statique est indispensable au regard du profil de la personne détenue hospitalisée, l'appréciation des motifs d'opportunité relève de la compétence exclusive de l'autorité préfectorale. A cette fin, l'administration pénitentiaire doit lui fournir une information fiable et la plus complète possible ;

- le niveau de contrainte défini par l'autorité préfectorale peut se traduire par une garde permanente ou par des gardes dynamiques consistant en un passage régulier d'un équipage, sans présence policière continue. Le préfet peut également estimer que le profil de la personne concernée (état de santé, profil pénal, comportement en détention...) ne

¹⁹ Détenue particulièrement signalée, détenue impliquée dans une affaire médiatique, antécédent d'évasion ou tentative, antécédent de violences en détention, antécédent d'hospitalisation en psychiatrie, détenue dangereuse, détenue soumise à une mesure d'éloignement/OQTF, détenue connue pour des faits de terrorisme, détenue connue fiche S (radicalisation).

requiert aucune présence policière ; il devrait alors le mentionner expressément dans sa décision et utilement en informer le centre hospitalier accueillant le patient détenu.

- si les décisions d'hospitalisation relèvent naturellement de décisions médicales, l'accueil des personnes détenues par l'UHSI doit être privilégié – hors urgence – dès lors que le centre hospitalier dans lequel il est implanté dispose des spécialités médicales et des plateaux techniques spécialisés permettant de répondre aux besoins de la personne détenue malade.

Au-delà des compétences de chacun, il doit être rappelé que la considération mutuelle portée aux missions, aux cultures professionnelles et aux contraintes de chacun des acteurs participant à la prise en charge du patient détenu hospitalisé – santé, justice, intérieur – a des incidences directes sur le respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté, parmi lesquels l'accès aux soins et le droit à l'intégrité physique.

Des réunions de coordination entre l'administration pénitentiaire, les préfetures, les agences régionales de santé (ARS) et l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) devraient ainsi être favorisées et régulièrement organisées ; de même que des échanges réguliers entre les forces de l'ordre, les chefs d'établissements pénitentiaires, les directeurs d'hôpitaux et les délégations territoriales ARS.

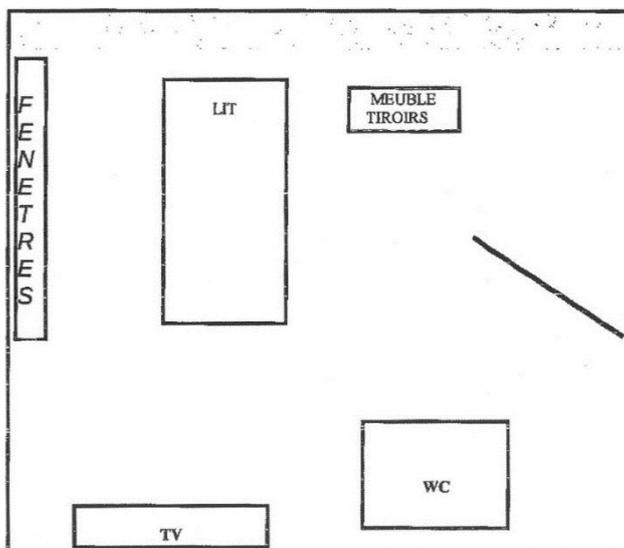
3.2 DES ATTEINTES AUX DROITS DISPROPORTIONNEES AU REGARD DES CONSIDERATIONS D'ORDRE PUBLIC ET DE SECURITE

3.2.1 La mise en place des mesures de sécurité au détriment du respect du secret médical

Entre le 21 septembre et le 9 octobre 2017, Monsieur C. est hospitalisé dans une chambre ordinaire située au 2^{ème} étage du bâtiment. Il a été placé au bout du couloir afin de permettre, dans la mesure du possible, un accueil discret du patient détenu et des forces de l'ordre. Les policiers en charge de la garde statique, positionnés à l'extérieur de la chambre, sont cependant visibles dès l'entrée dans le service. Une table et des chaises ont été mises à leur disposition.

La garde est assurée par les services de police de la direction territoriale de la sécurité de proximité (DTSP) des Hauts-de-Seine et plus particulièrement par les effectifs du 3^{ème} district – circonscription de sécurité de proximité de Saint-Cloud.

Un plan de la chambre a été établi par les forces de police et une note de service indique que la garde doit faire preuve de vigilance concernant les fenêtres « donnant sur un chemin de ronde qui fait le tour de l'établissement ». Si celles-ci peuvent en effet permettre au patient détenu de communiquer avec l'extérieur, d'une façon ou d'une autre, il est cependant observé qu'elles sont bloquées de l'intérieur par un système de verrou, rendant difficile toute velléité d'évasion *via* cette ouverture vers l'extérieur.



Plan de la chambre

Deux incidents sont inscrits dans le registre de garde hospitalière :

- dans la nuit du 23 septembre, il est indiqué que Monsieur C. a dû être menotté par les policiers en raison de son comportement agressif (« injurieux et menaces »). Selon les soignants, il se trouve cependant à cette date dans un état de grande confusion mentale ;
- le 4 octobre, un gardien de la paix indique qu'il a découvert un garrot dans la poche de Monsieur C., qu'il a immédiatement restitué aux infirmières. Plus tard, le même jour, sont retirés le cordon de son jogging qu'il conservait dans sa poche, une tondeuse électrique apportée par sa compagne à l'occasion d'une visite et des couverts en métal (fourchette et cuillère) « dissimulés dans le tiroir de la table de nuit ».

Selon les forces de police, les mesures de surveillance mises en œuvre au sein de l'hôpital ont été proportionnées avec le risque et la dangerosité présentés par le patient détenu. Outre les deux incidents recensés, elles indiquent se fonder sur les préconisations du directeur de l'EPSNF leur ayant signalé que « la personnalité et la détermination du prévenu C., actuellement en isolement judiciaire et avec des antécédents d'évasion, nécessitent impérativement une garde armée ».

Il est cependant relevé que les fiches de suivi d'extraction médicale des 21 septembre et du 9 octobre 2017, renseignées par l'administration pénitentiaire, mentionnent que Monsieur C. n'est ni « dangereux », ni « DPS » (détenu particulièrement signalé).

D'après les éléments recueillis sur place par les contrôleuses, les mesures de sécurité appliquées²⁰ ont provoqué des tensions importantes entre l'équipe soignante et le commissaire de district de Boulogne-Billancourt, lesquelles se sont sensiblement aggravées au cours de la deuxième semaine d'hospitalisation. Alors que la porte de la chambre de Monsieur C. était jusqu'alors maintenue entrebâillée, les policiers ont par la suite imposé qu'elle soit laissée grande ouverte, y compris pendant les soins et lors des tentatives de Monsieur C. pour aller à la selle – sachant qu'il n'y était pas allé depuis plusieurs semaines.

²⁰ Voir en outre §3.2.2 sur la suppression des visites.

Si certaines infirmières ont pu cautionner ces mesures de surveillance, voire même les solliciter en raison de la crainte inspirée par le patient détenu, il ressort cependant des entretiens menés par les contrôleurs que la majorité des médecins et des soignants ont été contraints de les accepter, sans aucune discussion possible. Considérant que l'attitude de la garde policière mettait en danger la santé du patient, le médecin responsable de l'unité aurait envisagé de porter plainte pour entraves aux soins.

Si la détermination et la mise en œuvre des mesures de sécurité relèvent des prérogatives des forces de police, celles-ci doivent non seulement être adaptées et proportionnées à la dangerosité du patient détenu et au risque d'évasion, mais également assurer, en toute hypothèse, la confidentialité des soins et des relations entre le détenu et les médecins. Elles doivent en outre, dans tous les cas, respecter la dignité de la personne détenue.

Le CGLPL observe que les modalités de surveillance appliquées à Monsieur C. constituent une atteinte au respect du secret professionnel auquel est astreint le personnel soignant. La vue directe des policiers sur les installations sanitaires constitue par ailleurs une atteinte grave à l'intimité et à la dignité du patient détenu.

La signature d'un protocole apparaît nécessaire pour déterminer, à l'avenir, les modalités de surveillance lors des soins, des examens et des actes médicaux.

3.2.2 Des atteintes graves au droit de visite et aux droits de la défense

La compagne de Monsieur C., Madame F., dispose d'une autorisation de visite permanente qui a été délivrée par la juge d'instruction le 7 décembre 2016, en application des articles 145-4 et R.57-8-8 du code de procédure pénale. Il résulte de ces textes que les permis de visite délivrés aux personnes prévenues par le magistrat saisi de leur dossier, sont valables jusqu'au moment où leur condamnation éventuelle acquiert un caractère définitif²¹. En outre, la décision de suspendre ou de retirer le permis de visite d'une personne prévenue relève de l'autorité judiciaire, de même que les interdictions de communiquer – celles-ci ne pouvant néanmoins en aucun cas s'appliquer à l'avocat d'une personne mise en examen.

Il ressort des documents communiqués aux contrôleurs que Monsieur C. n'a reçu aucune visite durant les huit jours qui ont suivi son admission à l'HRPG. Une mention dans le registre de garde hospitalière, datée du 25 septembre 2017, stipule que « sur instruction du District 92, aucune visite n'est autorisée pour le détenu ».

L'administration pénitentiaire précise que les agents de l'EPSNF disposaient d'une copie du permis de visite de la compagne de l'intéressé qui devait être remise aux policiers présents à l'HRPG. En l'absence de mise en place de la garde statique et « n'ayant aucune certitude que les visites seraient accordées par le Préfet », les agents pénitentiaires n'ont pas remis le permis de visite au personnel médical.

²¹ Les permis de visite des personnes condamnées sont délivrés par les chefs d'établissements pénitentiaires.

Si l'article R. 57-8-10 du code de procédure pénale prévoit que les permis de visite des personnes condamnées hospitalisées sont délivrés, refusés, suspendus ou retirés par le préfet – et à Paris par le préfet de police –, cette disposition n'est pas applicable aux personnes prévenues hospitalisées dont les autorisations de visite relèvent de la compétence de l'autorité judiciaire. S'il paraît opportun que l'établissement pénitentiaire informe l'autorité préfectorale de l'existence de ces autorisations de visite afin d'en permettre la bonne exécution, l'accord préalable du préfet n'a en revanche pas à être sollicité.

Le CGLPL recommande que soit instaurée une transmission numérisée des permis de visite entre l'établissement pénitentiaire et l'autorité préfectorale.

Le 26 septembre 2017, la juge d'instruction adresse un soit-transmis aux personnes chargées de la garde statique de Monsieur C., sous couvert de la préfecture des Hauts-de-Seine, indiquant que la compagne de Monsieur C. ainsi que ses conseils sont autorisés à lui rendre visite à l'hôpital. Cette consigne n'a cependant pas été reportée dans le registre de garde hospitalière de sorte que, le 1^{er} octobre, des policiers en charge de la garde indiquent que les consignes verbales qui leur sont données lors de la relève, relatives aux visites autorisées de sa compagne et son avocat, sont contradictoires avec les instructions écrites du 25 septembre. En l'absence de note de service et de consigne écrite, l'officier de district est contacté sur cette question. Il est alors indiqué sur le registre de garde que le commandant autorise les visites des avocats, de la femme et de la sœur de Monsieur C.

La compagne de Monsieur C. lui rend visite à l'HRPG les 29 et 30 septembre ainsi que le 1^{er}, le 2 et le 3 octobre.

Le 3 octobre, Monsieur C. est également vu par son avocat et par la juge d'instruction – accompagnée de la greffière – qui décide, ce jour-là, de la levée de son placement à l'isolement. Le même jour à 18 heures, les policiers en charge de la garde sont informés que les visites des avocats et de la compagne de Monsieur C. sont de nouveau interdites par le chef de district de Boulogne-Billancourt. Une note de service signée par le commissaire de police, chef de la circonscription de Saint-Cloud mentionne que : « Conformément aux instructions de Monsieur le Chef de district AUCUNE VISITE n'est autorisée (hormis celle de monsieur le Juge d'instruction)²².

La décision d'interdire les visites des avocats de Monsieur C. constitue une atteinte grave aux droits de la défense et au principe de libre communication entre les personnes détenues et leurs avocats, consacré par l'article 25 de la loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire.

A la suite de cette instruction, Madame F. qui souhaitait rendre visite à son compagnon, aurait été mise dehors par les policiers.

²² Note de service n°2017/05 du 3 octobre 2017 relative à la garde de détenu à l'hôpital Raymond Poincaré de Garches.

L'initiative de l'officier de district d'interdire toute visite à Monsieur C. – à l'exception de celle de « Monsieur le juge » – aurait de nouveau provoqué des tensions avec l'équipe médicale qui considérait que la présence de la compagne de Monsieur C. était indispensable dans le cadre du processus de soins et d'adhésion thérapeutique de l'intéressé.

Ainsi qu'il a déjà été indiqué plus haut plusieurs intervenants ont à cet égard indiqué que Madame F. a joué un rôle déterminant dans le processus de prise en charge médicale de son compagnon. Elle avait par ailleurs été désignée « personne de confiance » par ce dernier et était fondée, à ce titre, à accompagner Monsieur C. dans ses démarches et à assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Le chef de district de Boulogne-Billancourt affirme qu'il a tenté de joindre par téléphone la juge en charge du dossier de Monsieur C., en vain, et évoque des échanges de mails avec la magistrate le 3 et/ou 4 octobre. Il précise qu'il lui a fait part des difficultés rencontrées par le personnel médical sur « le comportement, l'attitude et la violence » de Monsieur C. dont elle n'avait manifestement pas été informée. D'autres interlocuteurs ont indiqué que la décision unilatérale du chef de district d'interdire les visites de Madame F. et des avocats aurait conduit la magistrate à adresser un rappel à la loi au commissaire.

Il semblerait en tout état de cause que la juge d'instruction ait fait part de son incompréhension sur les mesures prises et qu'elle ait demandé, dans un mail du 3 octobre, « la reprise des visites pour la bonne santé du nommé C. ».

Le 5 octobre, soit deux jours plus tard, le chef de district autorise de nouveau les visites. Une nouvelle note de service précise que les visites de la juge d'instruction, du conseil de Monsieur C. ou de sa collaboratrice sont autorisées et que « un droit de visite est accordé à sa compagne [...] exclusivement aux horaires suivants : les après-midi de 15h à 16h30 ». Cette restriction d'horaires ne trouve aucune explication dans l'organisation du service hospitalier et il est indiqué que le créneau fixé ne facilite pas les visites de sa compagne dans la mesure où il serait peu compatible avec ses horaires de travail. De fait, à partir de cette date, Madame F. ne se présente qu'à une seule reprise à l'hôpital, le 6 octobre à 16h02.

Dans un courrier rédigé à l'attention du CGLPL le 10 janvier 2018, le chef de district rappelle que « dès lors qu'il revient aux services de la Police nationale d'assurer la garde statique d'un détenu hospitalisé, des mesures spécifiques et techniques sont déterminées. Il appartient, de fait, exclusivement aux autorités de Police de définir le niveau des mesures de sécurité à mettre en place pour garantir la sécurité principalement des policiers en place 24/24, en second lieu, du personnel hospitalier intervenant auprès du patient, des personnes autorisées à le visiter et enfin du détenu lui-même ». Il justifie les mesures prises comme suit :

« Au cas d'espèce, il n'est pas rare de constater que le nommé C. a refusé, à plusieurs reprises, les soins les médicaments, que sa violence a nécessité un menottage par les policiers (mention sur le registre le 23/09/2017 à 22h40) intervenant au secours du personnel hospitalier. Les refus de s'alimenter ne sont pas rares notamment le 24/09/2017 ou l'arrachement de sa perfusion le 29/09/2017.

Autant d'éléments de contexte qui ont conduit à une vérification de la chambre le 4 octobre 2017 pour découvrir, un élastique de 90 cm de longueur servant au garrot, une cuillère à soupe ainsi qu'une fourchette mais également une tondeuse électrique.

Dans ces circonstances particulières, j'ai personnellement donné toutes instructions utiles au chef de circonscription de Saint-Cloud d'interdire les visites le temps nécessaire pour rappeler au nommé C. sa condition de détenu ».

Cette motivation apparaît cependant très insatisfaisante au regard de l'importance du droit des personnes détenues au maintien des relations avec leurs proches consacré par l'article 35 de la loi du 24 novembre 2009.

Tout d'abord, les circonstances dans lesquelles Monsieur C. a fait l'objet de moyens de contrainte le 23 septembre restent incertaines au regard de la précarité de l'état de santé de l'intéressé à cette date, tel que constaté par les médecins ; elles ne sauraient, en tout état de cause, motiver une décision d'interdiction de visite prise plus de dix jours plus tard.

Ensuite, la corrélation entre la décision du chef de district et les refus de soins et d'alimentation est particulièrement obscure – les refus étant précisément à l'origine de la décision d'hospitalisation de Monsieur C.

Enfin, il est à noter que les découvertes d'objets dans la chambre de Monsieur C. le 4 octobre à 7h00, 11h00 et 14h08 sont postérieures à la décision d'interdiction des visites qui a été prise la veille à 18h00. La tondeuse électrique apportée par sa compagne le 3 octobre à 13h00 avait de surcroît été autorisée par les policiers ainsi qu'en atteste le registre de garde hospitalière.

Il doit être rappelé que les visites sont une modalité d'exercice d'un droit fondamental, celui du droit à la vie familiale, protégé par l'article 8 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales. Au regard de l'importance de ce droit, la loi prévoit expressément les conditions dans lesquelles une autorité judiciaire peut retirer ou suspendre le permis de visite d'une personne prévenue au regard des « nécessités de l'instruction », du « maintien du bon ordre et de la sécurité » ou de la « prévention des infractions »²³. Les forces de police ont ainsi très largement outrepassé leur pouvoir d'appréciation en décidant, de manière unilatérale et arbitraire, l'interdiction de visites préalablement accordées par une autorité judiciaire.

D'une manière générale, dès lors que dans le cadre de l'exécution de leur mission de garde, les policiers estiment nécessaire de restreindre les visites pour des raisons de sécurité, il leur appartient d'en rendre compte au préfet compétent, seul habilité à prendre une telle décision – motivée et susceptible de recours – au regard de l'ordre public.

²³ En application de l'article 145-4 du code de procédure pénale, la décision du juge d'instruction doit alors être écrite et spécialement motivée. Elle est par ailleurs susceptible de recours.

Annexes

ANNEXE 1 : ARTICLE L.1111-4 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Article L.1111-4 - Modifié par la loi n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 5

(Tel que cité et souligné par le Conseil national de l'Ordre des médecins dans son courrier du 20 septembre 2017 adressé au médecin chef de pôle de l'EPSNF).

« 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.

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.

Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. **L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient.** Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10.

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.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale mentionnée à l'article L. 1110-5-1 et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. [...]. Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions ».

ANNEXE 2 : ARTICLE 36 DU CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE ET SES COMMENTAIRES

Article 36 du code de déontologie médicale (Article R.4127-36 du code de la santé publique, Modifié par le décret n°2016-1066 du 3 août 2016 - art. 1)

(Tel que cité et souligné par le Conseil national de l'Ordre des médecins dans son courrier du 20 septembre 2017 adressé au médecin chef de pôle de l'EPSNF).

« 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 [...]. »

Commentaires :

Si le patient, en état d'exprimer sa volonté, refuse ce qui lui est proposé, le médecin ne doit pas se satisfaire d'un seul refus. Il doit s'efforcer de le convaincre en lui apportant à nouveau toutes les précisions nécessaires, en s'assurant qu'elles sont correctement comprises. Le patient peut solliciter l'avis d'un autre médecin.

Il peut être indiqué parfois, en cas de refus du patient, de lui faire consigner ce refus par écrit, ne serait-ce que pour lui signifier d'une autre manière la gravité de sa décision. Un tel document qui doit figurer au dossier ne décharge pas le médecin de ses responsabilités mais peut attester que le patient a bien été informé. [...]

Face à certaines croyances concernant la santé, le médecin devra respecter la volonté des patients, après les avoir informés des conséquences de leur refus. **En cas de risque vital, le médecin se doit d'agir en conscience** (voir note 1)²⁴.

Le médecin peut passer outre le refus du consentement lorsque le patient présente un risque vital : phase ultime d'une grève de la faim, conduite suicidaire, ...

²⁴ A propos d'un Témoin de Jéhovah, transfusé sans son consentement : Conseil d'Etat, réf., 16 août 2002, Mme F. req. n° 249552 : « Considérant que 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 ; que **toutefois les médecins ne portent pas à cette liberté fondamentale, telle qu'elle est protégée par les dispositions de l'article 16-3 du code civil et par celles de l'article L.1111-4 du code de la santé publique, 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 la sauver, un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état** ; que 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 ».

ANNEXE 3 : AVIS DU COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE

(Extraits cités par le Conseil national de l'Ordre des médecins dans son courrier du 20 septembre 2017 adressé au médecin chef de pôle de l'EPSNF).

- Avis du CCNE en date du 14 avril 2005, n°87, refus de traitement et autonomie de la personne

« Grève de la faim et non-assistance à personne en danger

Le médecin peut parfois se trouver confronté à une situation pathologique provoquée par une grève de la faim chez une personne détenue ou non, militant pour une cause. Cette action a pour objectif soit la recherche d'un résultat personnel (comme la libération, pour un détenu), soit le succès d'une cause (revendication politique). Si l'état de santé du gréviste se dégrade au rythme de la persistance de son action, il peut en arriver à un stade où sa vie se trouve mise en péril. Quel doit être alors le comportement du médecin dans une telle situation spécifique où c'est la personne elle-même qui se place en état de danger et où elle ne lutte pas pour se préserver ? Elle lutte en vue d'un objectif extérieur à sa santé, et cette attitude n'est pas sans conséquences sur la cohérence de son refus. Si le gréviste de la faim résiste à l'action sanitaire, ce n'est pas pour rejeter un traitement qui lui serait bénéfique, mais plutôt pour réaliser un dessein étranger au rétablissement de son état. En cette occasion, si le médecin intervient, il contrecarre un projet qui peut conduire à la mort. Mais il favorise ainsi les adversaires politiques ou l'autorité judiciaire, auxquels le gréviste s'oppose. Bien souvent, le médecin est partagé entre le respect de ce combat contre soi-même et contre la société, vécu comme une dernière dignité et l'intervention thérapeutique de sauvetage in extremis. Ici encore, le moment de cette intervention peut être très difficile à choisir. S'il est trop tardif, le traitement et la ré-alimentation par perfusion peuvent être, malgré tout, impuissants à prévenir des séquelles graves. S'il est trop précoce, il est une forme d'injonction qui met en péril la liberté de la personne.

En milieu carcéral ces refus d'alimentation ne sont pas les seules manifestations du refus dans le domaine de la médecine pénitentiaire ; un détenu malade peut refuser des soins essentiels comme l'insuline, un traitement contre l'hypertension, contre un cancer en arguant de sa liberté et de sa volonté, éventuellement de terminer sa vie ou d'exercer une sorte de chantage vis à vis de la justice.

[...]

VII. Recommandations

Le Comité propose ainsi les recommandations suivantes :

- 1 – Tout faire pour éviter que les décisions importantes ne soient prises qu'en situation critique. Que ce soit sur le plan médical somatique ou psychiatrique il faut, toutes les fois où cela est possible, anticiper au maximum les situations, afin d'éviter que surgissent des conflits graves lors de la décision de mise en œuvre d'un nouveau traitement, susceptible de provoquer un refus.
- 2 – Promouvoir le sentiment et des attitudes de reconnaissance mutuelle ; en dehors d'une situation d'extrême urgence le médecin ne doit jamais imposer une solution thérapeutique ; il ne doit pas non plus adopter une attitude de fuite, d'abandon ou de chantage. Sa responsabilité

professionnelle est celle du maintien du soin en respectant au maximum les décisions d'un malade qui doit pouvoir comprendre, lui aussi, les obligations morales de celui qui le soigne.

3 – Ne pas céder à l'obsession médico-légale du concept de « non-assistance à personne en péril » qui ne doit pas occulter une relation médecin/malade fondée avant tout, sur la confiance dans l'aide que ce médecin peut apporter au malade, même s'il faut aussi que le médecin puisse se protéger de situations rares mais toujours possibles par une mention écrite de ce refus.

11 – **Respecter la liberté individuelle tant qu'elle ne s'approprie pas la liberté d'autrui.** Le refus d'une césarienne ou d'une transfusion doit pouvoir être entendu en dehors des situations d'urgence.

Le refus de traitement clairement exprimé par une personne majeure ayant encore le gouvernement d'elle-même ne peut être que respecté, même s'il doit aboutir à sa mort.

Soigner une personne, ce n'est pas prendre en compte chez elle, seulement l'aspect médical mais l'unité même de sa personne. **Venir en aide à une personne n'est pas nécessairement lui imposer un traitement.** C'est ici tout le paradoxe parfois méconnu par la médecine qui doit accepter d'être confrontée à une « zone grise » où l'interrogation sur le concept de bienfaisance reste posée ».

➤ Avis du CCNE en date du 26 octobre 2006, n°94, La santé et la médecine en prison

« Le cas de la grève de la faim.

Dans son principe même, le consentement libre et informé peut, dans certaines situations extrêmes, entrer en conflit avec le devoir d'assistance à personne en danger. Le CCNE a déjà examiné les problèmes éthiques posés par la grève de la faim, en particulier dans son Avis n° 87 Refus de traitement et autonomie de la personne

La grève de la faim est un acte volontaire dont la durée est *a priori* indéterminée et peut aller jusqu'à la mort. Une grève de la consommation de liquides n'est pas compatible avec la vie plus d'une semaine. Les grèves de la faim peuvent être individuelles, collectives, liées à des revendications diverses ou témoignant d'un état dépressif. Leur nombre est important, environ 1 500 par an, mais moins de 10 posent un problème vital de santé. Le médecin confronté à une grève de la faim a le devoir d'emblée d'informer la personne des risques qu'elle encourt sans influencer sa détermination ni peser sur les causes qui ont pu présider à celle-ci. Son attitude doit être totalement neutre. Il est important que cette information médicale soit réitérée à plusieurs reprises dans le cadre d'un dialogue qui respecte les motivations qui ont présidé à cette grève de la faim. En aucune façon, en dehors de situations au seuil de l'inconscience, il ne doit procéder à une alimentation forcée. A chaque fois, la difficulté est pour le médecin de respecter la volonté (code de Déontologie) du détenu, c'est à dire ne pas pratiquer une alimentation forcée par coercition et en même temps de ne pas lui faire courir de risques vitaux. Le médecin est un médiateur médical. Sa négociation se fonde uniquement sur un contrat de soin à durée déterminée, renouvelable, respectant les convictions et les désirs de la personne en témoignant de l'indépendance médicale.

La question éthique centrale de la grève de la faim est celle du respect du détenu, de l'absence de tout chantage exprimé à son encontre, et plus encore celle de la vigilance de chaque instant à son égard, car ce comportement exprime toujours une détresse. La difficulté de cette mission éthique est d'essayer de ne pas faire courir de risque grave au détenu tout en respectant sa volonté.