

MEDECINE & DROIT

INFORMATION ETHIQUE
ET JURIDIQUE DU PRATICIEN

Transfusion sanguine
et témoins de Jéhovah

Obstétrique à haut risque!

Chirurgie et anesthésie
ambulatoires

n° 9 - novembre / décembre 1994

HISTOIRE D'UNE GRÈVE DE LA FAIM

C. EXPERTIER-LAMOUR*, P. LAMOUR*, E. DIDIER*, A. VEISSE**, C. LEPETIT**

Le 17 janvier 1992, soixante-dix huit migrants se réunissent dans une église à Paris. Déboutés du droit d'asile, ils commencent une grève de la faim illimitée pour faire pression sur les pouvoirs publics et obtenir de demeurer en France. Ils font appel à divers organismes humanitaires pour un accompagnement médical de cette grève. En réponse à cette demande, se crée un collectif de suivi médical, qui les accompagnera jusqu'au terme de la grève. L'équipe réunit deux infirmiers, quatre médecins ayant un exercice quotidien au COMEDE (Comité médical pour les exilés) et trois médecins généralistes en activité libérale, dont l'un exerce près de l'église. Ils sont tous bénévoles.

Deux médecins du collectif établissent le premier contact en se rendant sur le lieu de cette grève, une église dans le 11^e arrondissement. Les grévistes se sont installés dans la crypte. Un rideau sépare d'un côté l'espace où sont posés les matelas, et de l'autre l'espace de circulation où sont reçus les familles, comités de soutien et divers intervenants (le curé de la paroisse, quelques journalistes, le collectif...). Ils ont accès à une douche, deux latrines. L'ensemble est chauffé par un vieux poêle à mazout. Chacun a apporté le minimum indispensable (matelas, couverture, vêtements, réchaud pour faire le thé). La promiscuité extrême n'offre aucune possibilité d'isolement.

D'emblée, les grévistes se sont regroupés par ethnie : trente et un Kurdes de Turquie dont trois femmes, et quarante-sept Africains, trente-sept de Guinée-Bissau, deux Angolais, six Zaïrois et deux maliens. Très peu maîtrisent le français. La pluralité des origines géographiques intervient dans la perception et l'image de la grève de la faim. En Turquie, elle est le fait courant des prisonniers, ceux qui en sont morts sont des héros et suscitent une grande admiration ; ils entament donc une grève de la faim sans compromis : « le droit d'asile ou la mort ». Les Africains, quant à eux, se sont d'abord regroupés pour briser l'isolement qui était le leur à Paris. Ils retrouvent une forme de vie communautaire et donc une identité.

Les termes d'un contrat de soins sont posés dès la première rencontre :

— informer les grévistes tout au long de la grève sur les risques à court, moyen et long terme, afin qu'ils puissent prendre une décision volontaire et responsable jusqu'au dernier moment. Nous expliquons qu'il n'y a aucun risque vital dans les quarante premiers jours, en dehors d'une pathologie préexistante, que l'ensemble des symptômes apparaissant durant cette période (céphalées, sensation de faim, douleur abdominale hypotension orthostatique...) ne sont pas les signes d'une mort prochaine, mais les

conséquences directes de leur refus alimentaire. Ils ne feront pas l'objet d'une prise en charge médicale puisque la grève est le résultat d'une décision volontaire de leur part ;

— prévenir les risques de séquelles secondaires à cette grève, et nous insistons d'emblée sur l'importance d'une hydratation large (deux litres par jour) et ceci dès le début.

Pour informer et prévenir, il faut aussi surveiller. Un cahier de surveillance nous permettra d'évaluer les pertes de poids, en référence avec le poids idéal établi à partir de la taille et poids initial de chaque gréviste. Deux représentants des grévistes sont formés à la tenue de ce cahier et à la pesée.

Notre activité n'a de sens que si elle permet d'entretenir un lien de confiance avec les grévistes et avec les pouvoirs publics, que nous nous chargerons d'informer sur le plan strictement médical. Notre position est donc neutre et ne fera l'objet d'aucun communiqué de presse. Toute dérogation à cette règle pourrait mettre en doute l'objectivité de nos courriers auprès des pouvoirs publics, et pourrait avoir des conséquences dramatiques pour les grévistes.

Nous assurons un passage hebdomadaire pendant les quarante premiers jours, durant lesquels la priorité est donnée aux débats questions-réponses. Le dialogue est traduit par des interprètes en turc, peul... et nous n'avons aucune certitude quant à la qualité de ces traductions. Les grévistes qui le demandent sont examinés. Nous observons des pathologies (dépression, pneumopathies, fistule anale, colique néphrétique...) préexistantes à la grève, qui s'aggravent rapidement et ne peuvent être soignées sans une alimentation correcte, gage minimum de tout succès thérapeutique. Une femme enceinte de cinq mois décide alors d'arrêter la grève. Les grévistes perdent rapidement du poids. Les variabilités individuelles et la prise intentionnelle de sucre par certains expliquent les différentes évolutions des courbes de poids. Les grévistes semblent déterminés à mener leur grève jusqu'au bout, et nous entrons dans une phase critique. Une réunion de notre comité permet d'établir un calendrier de surveillance avec un passage quotidien d'au moins deux membres.

Au quarantième jour, nous prévenons les grévistes qu'ils abordent une période où des séquelles, en particulier neurologiques, sont à craindre, ainsi que des risques vitaux. Nous les invitons à prendre de la vitamine B1 (250 mg/jour) et leur proposons un bilan biologique nécessaire à la surveillance. Nous nous heurtons à un refus catégorique à ces propositions.

Au début de la septième semaine de grève, le comité prend la décision d'informer le ministère par courrier. Nous signalons aussi notre action au Conseil de l'Ordre par la voie directe de son président. Le cinquante-troisième jour, un gréviste est hospitalisé d'urgence. Son transfert pose des problèmes car son arrivée à l'hôpital de secteur n'a pas été préparée, et il est renvoyé à l'église dès le lendemain. Nous informons la direction

* Le COMEDE, Comité Médical pour les Exilés, Bicêtre, France

**Médecin généraliste, Paris, France

de l'Assistance publique, la direction de l'hôpital, le responsable des urgences pour harmoniser la prise en charge des futures hospitalisations. Au cinquante-huitième jour, la grève se poursuit et s'aggrave. Nous sommes conscients des limites de notre surveillance. Elle serait nécessaire au quotidien pour beaucoup, dont certains ont refusé l'hospitalisation. Le dialogue en groupe est de plus en plus difficile. La grève de la faim aigüise la susceptibilité de nos patients ; les rapports entre eux se tendent, les entretiens nécessitent toujours de plus en plus de temps pour être sûr d'avoir bien été compris. L'ambiance générale se dégrade. L'accès à l'église est strictement réglementé car les grévistes craignent une intervention policière. Nous informons de nouveau notre ministère de tutelle, en insistant sur les limites de notre surveillance et la gravité des risques pouvant survenir à tout moment. C'est aussi l'occasion d'une mise au point concernant notre contrat de soins avec les grévistes. Le refus des prises de sang gêne la surveillance, nous remettons en cause la poursuite de celle-ci. Les grévistes acceptent un prélèvement au soixantième jour seulement, les Kurdes ayant compris qu'il ne s'agissait pas d'une mesure pour casser leur grève (les Africains redoutaient davantage qu'on leur enlève « le peu de sang qu'il leur reste »). Les résultats des bilans sont rassurants, pourtant seize grévistes ont déjà perdu plus de 30 % de leur poids initial, douze présentent des signes neurologiques à type d'abolition des réflexes, deux sont hospitalisés pour déshydratation. Au soixante-quatrième jour, les grévistes laissent entrer un médecin des pompiers mandaté par la préfecture sur le lieu de la grève sans lui donner la possibilité de consulter leur cahier de surveillance.

Le soixante-septième jour, la grève de la faim cesse. Les grévistes ont obtenu la garantie écrite que chacune de leur situation sera examinée par le ministère. Nous les prévenons alors des conditions de réalimentation : elle doit être douce et liquide les premières quarante-huit heures, puis semi-liquide ; l'alimentation sera normale au cinquième jour.

Seuls dix-huit grévistes ont été revus le mois suivant la grève. Ils présentent divers troubles somatiques, en particulier digestifs, deux présentent une séquelle ophtalmique jugée irréversible. Nous avons tenté d'évaluer notre action à partir d'un questionnaire, mais l'échantillon n'est pas représentatif du groupe. L'essentiel de ce qui a été transmis lors des séances d'information a été retenu, les risques de la grève de la faim, bien connus, alors que la mort n'a pas été citée explicitement. Nos conseils quant à la prise vitaminique ont été mal perçus. Nous avons sans doute fait l'erreur d'en parler trop tard.

Le collectif a pris conscience des limites de son activité. La faible disponibilité des professionnels bénévoles sera durement ressentie en fin de grève, quand il fallait assurer des passages quotidiens. Le lieu communautaire de la grève gêne l'intimité nécessaire au bon déroulement d'un examen clinique. Comment déshabiller, recevoir des informations personnelles, voire confidentielles ? Le dialogue est toujours difficile. L'aide d'un interprète est indispensable car la majorité des grévistes ne comprennent pas le français, mais les lourdeurs et les erreurs d'interprétation sont inévitables. Par ailleurs, au-delà du quarante-cinquième jour, les grévistes ont des difficultés à se concentrer : les mots doivent être choisis. Sont-ils bien retransmis par les interprètes ? Nous avons dû faire face à des

attitudes contradictoires. Le gréviste de la faim est un être fragilisé pour qui tout élément intercurrent pose problème s'il n'y a pas de reprise alimentaire. Nous avons été confrontés à des pathologies associées qu'il semble contradictoire de vouloir soigner quand l'individu est dans un processus d'auto-agression. Nous avons dû faire face à la méfiance : les grévistes ont peur de tout ce qui pourrait casser la grève. Il a fallu, toujours, reposer les termes du contrat de confiance.

Le contexte culturel a compliqué la tâche du collectif. Pendant la grève, nous avons transmis nos conseils sous forme de débats avec les grévistes, ce qui nous paraît être le mode de communication le mieux adapté.

Le collectif a refusé toute démarche médiatique qui aurait pu mettre en doute l'objectivité et la véracité des informations transmises auprès du ministère de tutelle. Cette position de neutralité permet un équilibre entre les parties et peut, seule, ouvrir une issue au conflit dans le respect de la dignité de chacun des intervenants.

En conclusion, nous pensons que la qualité du suivi d'une grève de la faim dans un tel contexte dépend de trois facteurs : une bonne connaissance technique du problème médical afin d'éviter d'une « médicalisation » trop précoce ou intempestive, sans sous-estimer les risques des séquelles et de décès, une stricte neutralité vis-à-vis des grévistes et des institutions avec lesquelles ils sont en conflit pour établir un contrat de soins et de confiance, et l'organisation du travail en équipe pluridisciplinaire avec la participation des grévistes à leur suivi.

Enfin, la grève de la faim n'a fondamentalement pas le même sens pour ceux qui la font, et ceux qui l'accompagnent. Les rapports à l'alimentation, à l'action politique, à la mort sont très liés aux civilisations dans lesquelles nous avons grandi. Comment concilier tous ces paramètres dans le suivi d'une attitude qui renvoie chacun à sa peur de la mort et au sacré ? Des « malentendus culturels » peuvent avoir de très graves conséquences. ■

Annnonce de conférence Fifth Cross Conference on Forensic Medicine

Paris, France 19-20-21 avril, 1995
Hôpital de la Pitié-Salpêtrière
Amphithéâtre Charcot,
boulevard de l'Hôpital
75013 Paris

Renseignements:
FIFTH CCC
Dr Bernard Marc
Urgences médico-judiciaires
Hôpital Jean-Verdier
93143 Bondy Cedex

Tél. : 33 (1) 48 02 65 59
Fax : 33 (1) 48 02 65 57

