



Le Collège des médecins de famille du Canada
Communauté de pratique en médecine familiale (CPMF) sur la santé en milieu carcéral
Le 7 août 2016

Énoncé de position sur l'isolement cellulaire

Définition et contexte

« Isolement cellulaire », « ségrégation », « séparation » ou « emprisonnement cellulaire » ou « emprisonnement solitaire » sont quelques-uns des termes et expressions utilisés pour décrire une forme d'isolement où les détenus sont tenus à l'écart de la population carcérale générale et enfermés seuls dans leur celluleⁱ. L'isolement cellulaire signifie l'isolement d'un détenu pendant 22 heures par jour ou plus, sans contact humain réelⁱⁱ et avec un accès limité, voire inexistant, aux programmes de réhabilitation.

L'isolement cellulaire peut être imposé à des fins administratives ou disciplinaires. Par exemple, un détenu qui a des antécédents de violence ou qui risque d'être victimisé par d'autres détenus peut être placé en isolement administratif; un détenu qui ne respecte pas les règles et procédures de l'établissement peut être placé en isolement disciplinaire.

Les Nations Unies (ONU) qualifient de « torture » tout isolement cellulaire de plus de 15 jours, mais les conséquences négatives de la privation sensorielle peuvent se manifester dès 48 heures après la ségrégationⁱⁱⁱ. Ces conséquences incluent le déclenchement d'une maladie mentale, l'exacerbation d'une maladie mentale existante et le développement ou l'aggravation de symptômes physiques^{iii,iv,v,vi,vii}.

En tant que promoteurs de la santé, les médecins de famille sont appelés à être socialement responsables^{viii,ix}. Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) définit la justice sociale comme la recherche et/ou l'atteinte de l'équité dans la société^x. La justice sociale vise à agir sur les déterminants sociaux de la santé et à en minimiser les effets négatifs sur la santé des individus^{xi,xii}. Par conséquent, la Communauté de pratique en médecine familiale sur la santé en milieu carcéral du CMFC^{xiii} préconise l'obtention des meilleurs résultats de santé possible pour les populations incarcérées au Canada. Les professionnels des soins de santé ont donc l'obligation déontologique, morale et professionnelle de réclamer un traitement humain et juste pour les personnes incarcérées et de formuler des recommandations précises quant à l'isolement cellulaire^{xiv,xv,xvi,xvii}.

Recommandations

1. Abolir l'isolement cellulaire comme moyen de ségrégation administrative. Les établissements correctionnels doivent se doter de mesures de non-ségrégation ainsi que des ressources et du personnel correctionnel appropriés^{xviii,xix,xx}.
2. Abolir l'isolement cellulaire pour les jeunes. Comme leur cerveau est plus fragile, les effets négatifs de l'isolement cellulaire ont un impact plus grand^{xxi}.
3. L'isolement cellulaire pour des raisons médicales (incluant maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, cancer, maladies infectieuses, maladies du foie et/ou diabète) est inapproprié. Il faut répondre aux besoins médicaux de ces personnes et non exacerber leur condition en les maintenant en isolement cellulaire.

4. L'isolement cellulaire dans les cas de maladie mentale (incluant pour les personnes souffrant de trouble de stress post-traumatique) est inapproprié. Ces personnes nécessitent des soins dispensés dans un cadre spécialisé. Il faut répondre aux besoins de ces personnes en matière de santé mentale et non exacerber leur condition en les maintenant en isolement cellulaire.
5. L'isolement cellulaire pour raisons disciplinaires n'est pas recommandé. Les données probantes montrent que ce n'est pas efficace et que de meilleures options existent^{xvi}.
6. D'ici à ce que l'isolement cellulaire soit aboli, les établissements correctionnels doivent élaborer et mettre en œuvre des procédures de révision indépendantes de tous les cas de détenus en situation d'isolement cellulaire. Ces procédures viseront à examiner la légalité des deux types d'isolement et à assurer la santé (mentale et médicale) des personnes en isolement cellulaire.
7. D'ici à ce que l'isolement cellulaire soit aboli, les établissements correctionnels doivent veiller à répondre aux besoins de soins de santé des personnes en unité d'isolement. Outre les évaluations régulières par le personnel correctionnel, l'état des détenus en isolement cellulaire doit faire l'objet d'évaluations en personne par le personnel médical et infirmier au moins chaque jour. S'il nécessite des soins de santé, le patient doit être vu dans un contexte de soins qui préserve la confidentialité et la dignité^{xxii}.

ⁱ Shalev S. *Manuel de référence : L'isolement cellulaire*. Londres, R.-U. Mannheim Centre for Criminology, London School of Economics; 2008.

ⁱⁱ Résolution 70/175 de l'Assemblée générale des Nations Unies, *Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela)*, (8 janvier 2016), Dans : <http://undocs.org/A/RES/70/175>. Date de consultation : Janvier 2017.

ⁱⁱⁱ Résolution 66/150 de l'Assemblée générale des Nations Unies, *Torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants* (19 décembre 2011), Dans : http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/66/150&referer=/english/&Lang=F. Date de consultation : Janvier 2017.

^{iv} Shalev S. Solitary Confinement and Supermax Prisons: A Human Rights and Ethical Analysis. *J Forensic Psychol Pract* 2011;2-3(11):151-183. doi: 10.1080/15228932.2011.537582

^v Haney C. Mental Health Issues in Long-Term Solitary and "Supermax" Confinement. *Crime & Delinquency* 2003;49(1):124-156.

^{vi} Kaba F, Lewis A, Glowa-Kollisch S, Hadler J, Lee D, Alper H, et al. Solitary confinement and risk of self-harm among jail inmates. *Am J Public Health* 2014;104(3):442-7. doi: 10.2105/AJPH.2013.301742

^{vii} Kupers T. What To Do With the Survivors? Coping With the Long-Term Effects of Isolated Confinement. *Crim Justice Behav* 2008;35(8):1005-1016.

^{viii} Tannenbaum D, Konkin J, Parsons E, Saucier D, Shaw L, Walsh A, et coll. *CanMEDS – Family Medicine: Working Group on Curriculum Review October 2009*. Mississauga, ON: Le Collège des médecins de famille du Canada ; 2009.

^{ix} Buchman S, Woollard R, Meili R, Goel R. Pratiquer la responsabilité sociale : De la théorie à l'action. *Can Fam Physician* 2016;62(1):15-18.

^x Collège des médecins de famille du Canada. *La feuille de travail sur le Point de vue de la justice sociale*. Mississauga, ON: Le Collège des médecins de famille du Canada ; 2015.

^{xi} Wilkinson R, Marmot M, eds. *Determinants of Health: The Solid Facts*, 2nd ed. Copenhague, Danemark : Organisation mondiale de la santé ; 2008.

^{xii} Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). *La justice sociale... un moyen de parvenir à une fin, une fin en soi*. 2010.

^{xiii} Le Collège des médecins de famille du Canada. Comité de programme sur la médecine en milieu carcéral. Dans : http://www.cfpc.ca/Programme_sur_la_medecine_en_milieu_carceral. Date de consultation : Janvier 2017.

-
- ^{xiv} Appelbaum KL. American Psychiatry Should Join the Call to Abolish Solitary Confinement. *J Am Acad Psychiatry Law* 2015;43(4):406-15.
- ^{xv} Webster P. Controls over solitary confinement needed. *CMAJ* 2015;187(1):E3-E4.
- ^{xvi} Ahalt C, Williams B. Reforming Solitary-Confinement Policy — Heeding a Presidential Call to Action. *N Engl J Med* 2016;374(18):1704-1706.
- ^{xvii} American Public Health Association policy statement, *Solitary Confinement as a Public Health Issue*, Policy number 201310 (5 November 2013).
- ^{xviii} National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD). Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use©. Dans : www.nasmhpd.org/sites/default/files/Consolidated%20Six%20Core%20Strategies%20Document.pdf. Date de consultation : Janvier 2017.
- ^{xix} Colton D, Xiong H. Reducing seclusion and restraint: questionnaire for organizational assessment. *J Psychiatr Pract* 2010;16(5):358-62. doi: 10.1097/01.pra.0000388632.74899.86.
- ^{xx} Colton D. Leadership's and program's role in organizational and cultural change to reduce seclusions and restraints. In: *For Our Own Safety: Examining the Safety of High-Risk Interventions for Children and Young People*. Nunno M, Bullard L, Day D, eds. Washington, D.C.: Child Welfare League of America; 2008, p. 143-166.
- ^{xxi} Burke AS. Under construction: Brain formation, culpability, and the criminal justice system. *Int J Law Psychiatry* 2011;34(6):381-5. doi: 10.1016/j.ijlp.2011.10.001
- ^{xxii} Enggist S, Møller L, Galea G, Udesen C, eds. *Prisons and Health*. Copenhagen, Danemark : Organisation mondiale de la santé, 2014.