



Manuel de référence L'ISOLEMENT CELLULAIRE

Sharon Shalev



Mannheim Centre for
CRIMINOLOGY

A Sourcebook on Solitary Confinement

Copyright © Sharon Shalev 2008

Mention de réserve du droit d'auteur

Le droit de Sharon Shalev d'être identifiée comme l'auteur de cet ouvrage a été établi conformément à la Copyright, Designs and Patents Act (loi du Royaume-Uni relative au droit d'auteur, aux dessins et modèles et aux brevets) de 1988. Comme nous souhaitons encourager une large utilisation de ce manuel de référence, les utilisateurs sont autorisés à en copier et distribuer le contenu sans avoir à obtenir de permission formelle, à condition

- que le texte soit reproduit exactement et ne soit pas utilisé dans un contexte trompeur ;
- que mention soit faite du droit d'auteur sur ledit texte et que le nom de l'auteur apparaisse sur l'ouvrage ou sur tout extrait ;
- qu'un exemplaire de toute publication contenant le texte ou des extraits de cet ouvrage soit envoyé à l'auteur ;
- qu'aucun paiement ne soit perçu pour la publication contenant le texte ou des extraits de cet ouvrage.

La traduction en français de ce texte a été autorisée expressément par l'auteur, et a été réalisée par le Service de Traduction du Comité International de la Croix-Rouge (C.I.C.R.) à Genève (Suisse). Suite à un accord entre Sharon Shalev et le Dr. Hernán Reyes, l'auteur a également autorisé la publication du texte en français par le C.I.C.R. et le logo du CICR en couverture.

Des copies électroniques de ce rapport peuvent être téléchargées depuis le site web de Solitary Confinement, www.solitaryconfinement.org

ISBN 978-0-85328-314-0

Octobre 2008

Manuel de référence L'ISOLEMENT CELLULAIRE

Sharon Shalev

Mannheim Centre for Criminology
London School of Economics and Political Science
Houghton St. London WC2A 2AE, UK

Avec le soutien de la Nuffield Foundation

Sharon.Shalev@solitaryconfinement.org

Remerciements

Ce projet n'aurait pas été possible sans l'aide de la fondation Nuffield, qui lui a apporté un soutien généreux et sans faille.

Des remerciements particuliers vont à Jonathan Beynon et Monica Lloyd, qui m'ont aidée à concevoir cet ouvrage de sa phase initiale à sa forme finale et ont contribué à la rédaction de certaines parties. Hernan Reyes et Camille Giffard méritent aussi une mention spéciale pour leurs observations aussi détaillées que judicieuses sur les dernières versions.

Bien d'autres personnes ont fait généreusement don de leur temps pendant l'élaboration de cet ouvrage de référence en mettant à disposition leurs compétences, en donnant des indications pratiques et professionnelles et en formulant des commentaires sur la totalité ou des parties du texte. Sont ici remerciés :

Henrik Steen Andersen, Helen Bamber, Jamie Bennett, Francesca Cooney, Andrew Coyle Kimmett Edgar, Neil Frazer, John Gale, Dougie Graham, Andy Flynn et l'équipe Santé mentale du CSC de Woodhill, Stuart Grassian, Adrian Grounds, Craig Haney, Alison Hannah, Morit Heitzler, Lucy Kralj, Juliet Lyon, Clive Meux, Marlies Morsink, Lars Moller, Mary Murphy, Patrick Owen, Paul Rock, Peter Scharff-Smith, Julian Sheather et Ann Somerville.

Les opinions et les erreurs qui figurent dans cet ouvrage me sont attribuables.

Sharon Shalev
Octobre 2008

Avertissement :

Lorsqu'il n'existait pas de version française des extraits cités dans ce manuel, ceux-ci ont été traduits par nos soins. Nous n'avons fait figurer expressément dans le texte ou les notes la mention « traduit par nos soins » ou « traduction française non officielle » que dans le cas des arrêts ou autres textes officiels dont il n'existe pas, à notre connaissance, de version française.

Préface

Depuis longtemps, l'usage libéral de l'isolement cellulaire dans les prisons et autres lieux de détention est très préoccupant pour les milieux œuvrant à la protection internationale des droits de l'homme. Cela a été particulièrement le cas ces dernières années, où l'on a vu augmenter considérablement, à travers le monde, le recours à un isolement cellulaire strict et souvent de longue durée : dans le contexte de la « guerre contre le terrorisme » ; en tant que sanction disciplinaire ; avec les personnes en détention provisoire, les malades mentaux et les anciens condamnés à mort ; et, enfin, dans les prisons de sécurité maximale (*supermax*).

Comme le montre clairement ce manuel de référence, l'isolement cellulaire a des effets délétères largement avérés sur la santé mentale et le bien-être des détenus et peut constituer une peine ou un traitement cruel, inhumain ou dégradant, surtout lorsqu'il est de longue durée. Le recours à cette pratique devrait donc être strictement limité à des cas exceptionnels ou lorsqu'il est absolument nécessaire pour les besoins d'une enquête judiciaire. Étant donné les graves souffrances qu'il cause, l'isolement cellulaire ne devrait, dans tous les cas, être utilisé qu'en dernier recours, et pour une durée aussi brève que possible. Lorsqu'il est utilisé à des fins d'interrogatoire, que ce soit seul ou combiné à d'autres méthodes, il peut constituer un traitement cruel, inhumain ou dégradant, voire une forme de torture.

Cet ouvrage de référence très complet rassemble toutes les connaissances accumulées et les normes existantes concernant l'isolement cellulaire et ses effets néfastes. Il montre quel mauvais usage peut être fait de cette pratique et quelles mesures de protection doivent être mises en place. C'est un outil précieux pour le personnel pénitentiaire et les responsables politiques dans les efforts qu'ils déploient afin d'améliorer le respect et la protection des droits et du bien-être des détenus. N'oublions pas que les personnes privées de liberté sont parmi les êtres humains les plus vulnérables de toute société.

L'isolement cellulaire n'a pas reçu l'attention qu'il mérite dans les normes internationales. Il faut développer les mesures de protection visant spécifiquement à en restreindre l'usage et à en atténuer les effets nocifs. Le manuel de référence *L'isolement cellulaire* apporte ainsi une contribution importante à un effort commun qui tend à la protection universelle des droits de l'homme dans tous les lieux de privation de liberté. Je le recommande à de nombreux lecteurs.

Prof. Manfred Nowak
Professeur de droit des droits de l'homme, Université de Vienne
Directeur, Institut Ludwig Boltzmann pour les droits de l'homme
Rapporteur spécial des Nations Unies sur la torture

Table des matières

1. Introduction.....	1
1.1 De quoi traite ce manuel ?	1
1.2. Comment ce manuel est-il structuré ?.....	2
1.3 Définition : qu'est-ce que l'isolement cellulaire ?.....	2
1.4 Bref contexte historique.....	3
1.5 Cadre juridique et réglementaire	4
2. Les effets de l'isolement cellulaire sur la santé	12
2.1 Introduction.....	12
2.2 Les effets de l'isolement cellulaire sur la santé : bref aperçu de ce qui a été publié sur ce sujet et des récits de détenus.....	13
2.3. Les effets nocifs de l'isolement cellulaire sur la santé : symptômes constatés.....	21
2.4. En quoi l'isolement cellulaire est-il nocif ?.....	24
2.5. La durée de l'isolement cellulaire.....	28
2.6. Les séquelles durables de l'isolement cellulaire	30
2.7. Observations finales sur les effets de l'isolement cellulaire	31
3. La décision de placer des détenus en isolement cellulaire	34
3.1 Quand et pourquoi des détenus sont-ils placés en isolement cellulaire ?	34
3.2. Le placement en isolement cellulaire : garanties de procédure, et dispositions et recommandations spéciales concernant l'isolement de certaines catégories de détenus	38
3.3 Position et jurisprudence des droits de l'homme concernant le placement de détenus en isolement cellulaire	44
4. Configuration des locaux, conditions matérielles et régime de détention dans les unités d'isolement cellulaire	49
4.1 Introduction.....	49
4.2 Normes internationales relatives aux conditions et au régime de détention	50
4.3 Résultats de la recherche et recommandations concernant la configuration des locaux et les facteurs environnementaux dans les prisons	62
4.4. Jurisprudence des droits de l'homme concernant le régime et les conditions matérielles de détention dans les unités d'isolement	64

4.5. Observations finales sur le régime et les conditions de détention dans les quartiers d'isolement et de haute sécurité	67
--	----

5. Le rôle des professionnels de la santé dans les unités d'isolement cellulaire : lignes directrices en matière d'éthique et de droits de l'homme et règles professionnelles..... 70

5.1 Introduction : l'éthique appliquée à la médecine carcérale	70
--	----

5.2. Les problèmes relatifs à la médecine carcérale dans les quartiers d'isolement cellulaire	71
---	----

5.3 Jurisprudence concernant la fourniture de soins médicaux en prison	81
--	----

6. Surveillance et inspection des quartiers d'isolement cellulaire 86

7. Récapitulatif des recommandations 90

Annexe 1: Sélection de textes

Annexe 2: Déclaration d'Istanbul sur le recours à l'isolement cellulaire et les effets de cette pratique

Acronymes et abréviations

Liens et documentation

Bibliographie

1.Introduction

1.1 De quoi traite ce manuel ?

« 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 enfermés seuls dans leur cellule jusqu'à 24 heures sur 24, et ne sont autorisés à en sortir, dans le meilleur des cas, que pour environ une heure d'exercice en plein air. L'isolement cellulaire peut être imposé aux détenus en tant que sanction disciplinaire de courte durée, ou pour une durée indéfinie pour la propre protection du détenu, que ce soit à sa demande ou parce que les autorités de la prison jugent que cette mesure s'impose. Dans certains cas, aussi, des détenus peuvent être isolés des autres pendant des mois, voire des années, pour des raisons administratives : en tant que stratégie à long terme pour gérer des détenus difficiles, ou lorsque des détenus sont considérés comme une menace pour la sécurité nationale. Enfin, les personnes en garde à vue ou en détention provisoire peuvent être isolées des autres pendant la phase d'interrogatoire ou d'enquête pénale.

Cet ouvrage constitue un outil de référence complet pour ceux qui sont préoccupés par la pratique de l'isolement cellulaire, en particulier lorsqu'il s'agit d'un isolement de longue durée. Il vise à : a) faire savoir au personnel opérationnel des prisons, aux professionnels de la santé et aux responsables politiques où se situe l'isolement cellulaire dans l'optique des droits de l'homme, et les informer des normes éthiques et professionnelles et des codes de bonne pratique relatifs à ce régime, ainsi que des résultats des recherches concernant ses effets sur la santé ; et b) proposer, à la lumière de ce qui précède, des mesures de protection et des pratiques recommandées. De manière plus générale, il se veut un outil de sensibilisation aux conséquences potentielles d'un isolement cellulaire prolongé.

Notre manuel se fonde sur le postulat selon lequel un isolement cellulaire prolongé est par nature nocif et n'est pas une bonne pratique. Le régime d'isolement ne devrait être utilisé qu'en dernier recours et être réservé à quelques cas extrêmes. Dans les quelques cas exceptionnels où il peut s'avérer absolument nécessaire, il devrait être limité à la durée la plus brève possible, et être géré selon des directives solidement établies et des garanties strictes. Par extension, les régimes carcéraux qui sont entièrement construits sur le modèle de l'isolement ne peuvent être que néfastes pour les détenus et aller à l'encontre des principes de réhabilitation et de réinsertion sociale. Si les responsables d'une prison peuvent parfois recourir

à un isolement disciplinaire de courte durée, là encore cela ne doit se faire qu'en dernier recours et dans le respect de garanties strictes. L'utilisation de l'isolement cellulaire en tant que moyen de coercition pour obtenir un « aveu » ou pour « assouplir » des détenus en vue de leur interrogatoire doit être interdite en toutes circonstances.

1.2. Comment ce manuel est-il structuré ?

La suite de ce chapitre donne une définition de l'isolement cellulaire, précise le contexte historique de cette pratique et présente le cadre juridique et réglementaire régissant le fonctionnement des prisons et le traitement des détenus. Le chapitre 2 examine les effets avérés de l'isolement cellulaire sur la santé, tant physique que psychique, et s'interroge sur ce qui rend cet isolement nocif. Le chapitre 3 examine les différents rôles de l'isolement cellulaire dans les systèmes pénitentiaires contemporains – à titre de sanction, pour protéger le détenu concerné, en tant que moyen de gérer les détenus difficiles et dans le cadre d'une procédure d'enquête ou d'une phase d'interrogatoire – ainsi que quelques-unes des normes, garanties et recommandations relatives au placement de détenus en isolement. Le chapitre 4 examine les normes internationales, les résultats de la recherche et les recommandations concernant la conception des locaux, les conditions matérielles et le régime de détention dans les quartiers d'isolement. Le chapitre 5 se penche sur quelques-uns des dilemmes et des problèmes éthiques auxquels doivent faire face les professionnels de la santé travaillant dans des quartiers d'isolement cellulaire, et le chapitre 6 examine brièvement les mécanismes internationaux, régionaux et nationaux régissant l'inspection et la surveillance des quartiers d'isolement cellulaire. Le chapitre 7, enfin, récapitule quelques-unes des principales questions traitées dans le manuel.

1.3 Définition : qu'est-ce que l'isolement cellulaire ?

Aux fins de cet ouvrage, l'isolement cellulaire est défini comme une forme d'isolement où les détenus sont maintenus seuls dans leur cellule pendant 22 à 24 heures par jour, séparés les uns des autres¹. Malgré les sens différents donnés à chacun de ces termes selon les systèmes pénitentiaires, « isolement cellulaire » (ou « isolement »), « emprisonnement cellulaire », et « ségrégation » seront utilisés indifféremment pour décrire un régime de détention où les détenus n'ont pas de contact les uns avec les autres sauf, dans certains systèmes pénitentiaires, pendant une période d'exercice en plein air².

1.4 Bref contexte historique

L'isolement cellulaire est une des pratiques carcérales les plus anciennes et les plus persistantes. Exception faite de la peine capitale, c'est aussi la peine la plus extrême qui puisse légalement être infligée à des détenus. Sa pratique commença à se généraliser et à devenir systématique, des deux côtés de l'Atlantique, avec les établissements d'emprisonnement « séparé » et « silencieux » du XIX^e siècle, dans le but d'amender les détenus. On pensait que si ceux-ci se retrouvaient seuls avec leur conscience et la Bible, ils se livreraient à une réflexion intérieure, prendraient conscience de leurs fautes et seraient transformés en citoyens respectueux de la loi. Il ne tarda pas à s'avérer, cependant, que loin de retrouver le droit chemin, de nombreux détenus basculèrent dans la maladie mentale, et l'on eut peu de raisons de penser que ces nouvelles prisons – coûteuses – parvenaient mieux que les anciennes à réduire la criminalité. Ces critiques, combinées à l'accroissement de la population carcérale et à la nécessité de disposer de plus d'espace, conduisirent à la suppression du système des établissements d'isolement dans la plupart des pays avant la fin du XIX^e siècle³. L'isolement cellulaire était néanmoins devenu entre-temps dans le monde entier une composante permanente des systèmes pénitentiaires. On y avait recours surtout en tant que sanction disciplinaire de courte durée, pour l'incarcération des détenus politiques, en tant que mesure de protection et en tant que technique servant à « assouplir » des détenus – notamment ceux qui étaient soupçonnés de crimes contre l'État – avant et entre les séances d'interrogatoire.

Outre ces utilisations « classiques », on a vu réapparaître vers la fin du XX^e siècle et au début du XXI^e siècle le recours général à un isolement cellulaire de longue durée sous la forme des prisons de « sécurité maximale » (*supermax*, pour « super-maximum ») et de « sécurité spéciale ». Il s'agit de grandes prisons de haute technologie conçues pour un isolement strict et durable de détenus classés à haut risque ou difficiles à gérer. Elles sont surtout nombreuses aux États-Unis, où le gouvernement fédéral et plus de 40 États en gèrent au moins une, mais on trouve maintenant des établissements de ce type également dans d'autres pays. Le recours à un isolement cellulaire prolongé a aussi augmenté, ces dernières années, dans le contexte de la « guerre contre le terrorisme ». On pense en particulier à Guantanamo, où les détenus sont maintenus dans des structures de type « supermax » depuis des années, la plupart sans inculpation et sans procès, ainsi qu'aux centres de détention secrets où l'isolement fait partie intégrante des pratiques d'interrogatoire⁴. Une autre forme d'isolement cellulaire, privilégiée dans plusieurs pays européens, est l'« isolement en petits groupes », où les détenus qui sont classés dangereux ou à haut risque sont placés en isolement cellulaire dans de petites unités

(ou quartiers) de haute sécurité et autorisés à retrouver d'autres détenus – de un à cinq – à des moments précis, généralement pendant l'heure d'exercice en plein air prescrite par le droit international. Paradoxalement, bien que le surpeuplement des prisons constitue un problème majeur dans de nombreux pays, l'utilisation de diverses formes d'isolement cellulaire a augmenté ces vingt dernières années.

1.5 Cadre juridique et réglementaire

La gestion des prisons et autres lieux de détention, ainsi que le traitement de ceux qui y sont détenus, sont réglementés par des lois, normes et directives nationales qui varient d'un État à l'autre. Ces instruments nationaux doivent aussi, toutefois, être compatibles avec les normes et instruments internationaux et régionaux du droit des droits de l'homme⁵ établis par les Nations Unies et des organismes normatifs régionaux (tels que le Conseil de l'Europe, l'Organisation des États américains, l'Union africaine, etc.).

Ce manuel s'appuie sur les instruments internationaux et régionaux des droits de l'homme et leur interprétation par les tribunaux et les organes de surveillance. Il s'appuie aussi sur les normes fixées par des organismes professionnels pour guider ceux qui travaillent auprès des détenus. Cependant, il ne prétend pas offrir une analyse complète du droit et de la pratique en matière de droits de l'homme, mais s'attache plutôt à examiner quelques-unes des questions les plus importantes ayant trait à l'isolement cellulaire⁶. Certains des principaux instruments et organismes des droits de l'homme auxquels il est fait référence dans ses pages sont brièvement présentés ci-dessous, et l'annexe 1 contient quelques textes avec lesquels il est recommandé au lecteur de se familiariser. Cette documentation est un ensemble d'« instruments vivants » qui évoluent avec le temps, et le présent ouvrage fait état des opinions et directives actuelles.

Instruments et organismes des droits de l'homme

Le droit international des droits de l'homme comprend à la fois des instruments visant à assurer une protection universelle à tous les être humains, et des instruments visant spécifiquement à protéger les prisonniers et détenus. Le principe de base est que, hormis les limitations inhérentes à la privation de liberté, les détenus conservent leurs droits humains fondamentaux pendant leur incarcération. Il s'agit notamment du droit à un procès libre et équitable, du droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion, du droit à une vie privée et une vie de famille, du droit à une nourriture, un logement et un habillement adéquats, du droit à la santé et du droit à l'éducation.

Le droit des détenus d’être traités avec le respect dû à leur dignité humaine, ainsi que l’interdiction de toutes formes de torture et de peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants sont réaffirmés dans un nombre important d’instruments des droits de l’homme – notamment deux traités internationaux, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP) et la Convention [des Nations Unies] contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (ci-après « Convention contre la torture »), qui sont juridiquement contraignants pour toutes les parties signataires, et les instruments régionaux correspondants. D’autres instruments énoncent les règles de conduite que doivent observer les gardiens de prison, le personnel de santé et les autres membres du personnel pénitentiaire, et établissent les normes minimales acceptables en matière de conception des locaux, de dispositions à prendre et de conditions de détention. Ce sont notamment l’Ensemble de règles minima [des Nations Unies] pour le traitement des détenus (ci-après « Ensemble de règles minima » ou ERM), examiné plus bas, et l’Ensemble de principes [des Nations Unies] pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d’emprisonnement (ci-après « Ensemble de principes »)⁷.

A. Instruments et organismes internationaux des droits de l’homme

Pacte international relatif aux droits civils et politiques

Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP) est entré en vigueur en 1976. Ses dispositions sont interprétées et sa mise en œuvre est suivie par le **Comité des droits de l’homme des Nations Unies**. Aux termes de l’article 40 du PIDCP, tous les États parties doivent présenter des rapports sur les mesures de mise en œuvre qu’ils auront prises – un premier rapport après la ratification, et des rapports périodiques ensuite. En outre, selon le Protocole facultatif au Pacte, le Comité des droits de l’homme peut être saisi de communications individuelles de nationaux des États signataires du protocole.

Deux articles du PIDCP ont directement trait au traitement des détenus et aux conditions de détention, y compris l’isolement cellulaire. L’article 7 dispose que « *[n]ul ne sera soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants [...]* ».

Le Comité des droits de l’homme a interprété l’article 7 de la façon suivante⁸ :

2. *L'article 7 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques a pour but de protéger la dignité et l'intégrité physique et mentale de l'individu. [...]*
3. *Le texte de l'article 7 ne souffre aucune limitation. [...] même dans le cas d'un danger public exceptionnel [...] aucune raison [...] ne saurait être invoquée en tant que justification ou circonstance atténuante pour excuser une violation de l'article 7.*
4. *[Le Comité] n'estime pas [...] nécessaire d'établir une liste des actes interdits ni de fixer des distinctions très nettes entre les différentes formes de peines ou traitements interdits ; ces distinctions dépendent de la nature, du but et de la gravité du traitement infligé.*

« L'expression "peine ou traitement cruel, inhumain ou dégradant" doit être interprétée de façon à assurer une protection aussi large que possible contre tous sévices, qu'ils aient un caractère physique ou mental, y compris le fait de soumettre une personne détenue ou emprisonnée à des conditions qui la privent temporairement ou en permanence de l'usage de l'un quelconque de ses sens, tels que la vue ou l'ouïe, ou de la conscience du lieu où elle se trouve et du passage du temps. » (Note relative au principe 6, Ensemble de principes.) Cette interprétation s'appliquerait à certaines formes d'isolement cellulaire, par exemple dans des cellules sans lumière, sans fenêtre ou insonorisées. En pareil cas, l'isolement peut être assimilé à un traitement inhumain ou dégradant, et parfois même à de la torture⁹.

L'article 7 du PIDCP est étroitement lié à l'article 10, qui prescrit : « *Toute personne privée de sa liberté est traitée avec humanité et avec le respect de la dignité inhérente à la personne humaine. [...] Le régime pénitentiaire comporte un traitement des condamnés dont le but essentiel est leur amendement et leur reclassement social* ». Par définition, l'isolement cellulaire prive l'individu de contact humain et d'interaction sociale, et va donc clairement à l'encontre de ce principe.

Ensemble, les articles 7 et 10 du PIDCP établissent une protection globale des détenus contre toute forme de mauvais traitement. Le Comité des droits de l'homme formule l'observation suivante :

3. *Le paragraphe 1 de l'article 10 impose aux États parties une obligation positive [...]. Ainsi, les personnes privées de leur liberté non seulement ne peuvent être soumises à un traitement contraire à l'article 7 [...], mais encore ne doivent pas subir de privation ou de contrainte autre que celles qui sont inhérentes à la privation de liberté; le respect de leur dignité doit être garanti à ces personnes de la même manière qu'aux personnes libres. Les personnes privées de leur liberté jouissent de tous les droits énoncés dans le Pacte, sous réserve des restrictions inhérentes à un milieu fermé.*
4. *Traiter toute personne privée de liberté avec humanité et en respectant sa dignité est une règle fondamentale d'application universelle [...]. Cette règle doit impérativement être appliquée sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinions politiques ou autres, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation¹⁰.*

La Convention [des Nations Unies] contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants

La Convention contre la torture a été adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 1984, et est entrée en vigueur en 1987. Son article premier précise :

Aux fins de la présente Convention, le terme « torture » désigne tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne aux fins notamment d'obtenir d'elle ou d'une tierce personne des renseignements ou des aveux, de la punir d'un acte qu'elle ou une tierce personne a commis ou est soupçonnée d'avoir commis, de l'intimider ou de faire pression sur elle ou d'intimider ou de faire pression sur une tierce personne...

La mise en œuvre de la convention par les États parties est surveillée par un organe constitué d'experts indépendants, le **Comité contre la torture (CAT)**. Tous les États parties sont tenus de présenter un premier rapport dans l'année qui suit la ratification, puis des rapports périodiques par la suite. Le Comité examine ces rapports et publie ses conclusions. En 2006, le **Protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture** est entré en vigueur. Son objectif : l'établissement d'un système de visites d'inspection régulières à tous les lieux où se trouvent des personnes privées de liberté, afin de prévenir la torture et d'autres mauvais traitements. Le Protocole établit un organe d'inspection international (le Sous-Comité pour la prévention de la torture) et prévoit la mise en place, par les États, d'organes permanents d'inspection à l'échelon national (le « mécanisme national de prévention »).

Ensemble de règles minima [des Nations Unies] pour le traitement des détenus

L'Ensemble de règles minima (ERM), approuvé par le Conseil économique et social des Nations Unies en 1957¹¹, vise à « établir, en s'inspirant des conceptions généralement admises de nos jours [...], les principes et les règles d'une bonne organisation pénitentiaire et de la pratique du traitement des détenus » (ERM, préambule). Il énumère un ensemble très précis de principes à respecter pour ce traitement, allant des exigences essentielles concernant la nourriture, les locaux et l'exercice à des lignes directrices sur la classification des détenus, et le dispositif d'instruction et de formation professionnelle qui doit être assuré. Il énonce en outre clairement des principes généraux, notamment la règle 60, qui réaffirme que les détenus ont droit au respect dus à leur dignité d'êtres humains ; les règles 64 et 65, qui réaffirment que les détenus doivent être incarcérés à titre de sanction, et non dans un but de punition ; et la règle 27, qui dispose que les prisons devraient fonctionner « sans apporter plus de restrictions qu'il n'est

nécessaire pour le maintien de la sécurité et d'une vie communautaire bien organisée ». La règle 31 traite directement de l'isolement cellulaire en interdisant comme sanctions disciplinaires la mise au cachot obscur ainsi que toute sanction cruelle, inhumaine ou dégradante. Si, au sens strict, l'Ensemble de règles n'est pas juridiquement contraignant pour les États, il énonce, en ce qui concerne la gestion des prisons, des normes minimales et des recommandations qui sont maintenant généralement acceptées en tant que principale référence universelle pour le traitement des détenus. Pour preuve, dans certains pays ces règles ont été édictées sous forme de lois ou servent de base à la réglementation pénitentiaire nationale.

Le Rapporteur spécial [des Nations Unies] sur la torture

Cet expert indépendant nommé par la Commission des droits de l'homme des Nations Unies (maintenant remplacée par le Conseil des droits de l'homme) a pour mandat de faire rapport sur la situation en matière de torture où que ce soit dans le monde, que le pays concerné soit ou non signataire de la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Les rapporteurs qui se sont succédé se sont intéressés à l'emploi de diverses formes d'isolement cellulaire à travers le monde, et ont identifié les situations où cet isolement constitue une peine ou un traitement cruel, inhumain ou dégradant, et parfois même un acte de torture.

B) Instruments et organismes régionaux des droits de l'homme¹²

La Convention européenne des droits de l'homme

La Convention européenne des droits de l'homme a été adoptée par le Conseil de l'Europe à Rome en 1950, et est entrée en vigueur en 1953. La **Cour européenne des droits de l'homme (CEDH)** surveille le respect de ses dispositions par les États membres.

La Convention européenne des droits de l'homme proclame, dans son article 3 : « *Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants* ». L'interdiction de la torture et des mauvais traitements est absolue. Les États ne peuvent y déroger en temps de guerre ni dans toute autre situation d'urgence publique, et son libellé ne comprend aucune réserve. Le minimum de gravité que doit atteindre un mauvais traitement pour tomber sous le coup de l'article 3 de la Convention est relatif. Son appréciation « dépend de l'ensemble des données de la cause, notamment de la durée du traitement et de ses effets

physiques ou mentaux ainsi que, parfois, du sexe, de l'âge, de l'état de santé de la victime, etc.¹³ ». Le traitement inhumain « *est le traitement de nature à provoquer intentionnellement de graves souffrances mentales ou physiques qui ne peuvent pas être justifiées*¹⁴ » dans la situation considérée. Les conditions de détention, et par conséquent l'utilisation de l'isolement cellulaire, peuvent aussi tomber sous le coup de l'article 3. Lorsqu'elle évalue une affaire, la Cour doit prendre en compte leurs effets cumulatifs ainsi que les allégations spécifiques du requérant¹⁵.

Les Règles pénitentiaires européennes

Ces règles (RPE)¹⁶, au nombre de 108, affirment que les détenus conservent leurs droits humains fondamentaux et fixent des normes détaillées applicables à l'administration des prisons, aux conditions de détention, à la fourniture de soins de santé en milieu carcéral, à la discipline carcérale et à la conduite des responsables et du personnel pénitentiaires. Si, comme l'Ensemble de règles minima des Nations Unies, les Règles pénitentiaires européennes ne sont pas juridiquement contraignantes, elles énoncent néanmoins des normes minimales auxquelles les conditions de détention ne doivent pas être inférieures.

Le Comité pour la prévention de la torture

Le Comité pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du Conseil de l'Europe a été créé en vertu de l'article 2 de la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (1987), en vue d'établir un mécanisme non judiciaire à caractère préventif et qui renforce, par un système de visites, la protection des personnes privées de liberté contre la torture ou les traitements dégradants interdits par l'article 3 de la Convention européenne. Le CPT peut visiter tout lieu de détention relevant de la juridiction des États parties. Parce qu'il définit un ensemble de normes qu'il applique lors de ses visites aux lieux de détention, il joue aussi un important rôle normatif.

Notes

¹ L'isolement carcéral doit être distingué de la séparation ou de l'isolement à des fins médicales ou dans une structure psychiatrique, qui ne sont pas traités dans le présent ouvrage. Celui-ci, en outre, porte essentiellement sur les détenus adultes de sexe masculin et n'examine pas les questions touchant spécifiquement d'autres groupes, tels que ceux des femmes et des mineurs délinquants.

² La période d'exercice dure généralement une heure, ce qui est le minimum exigé par le droit international, mais elle peut durer jusqu'à deux heures dans certains systèmes pénitentiaires.

³ Pour un excellent exposé sur la philosophie des prisons d'isolement au XIX^e siècle, voir Evans, R. (1982) *The Fabrication of Virtue: English Prison Architecture 1750-1840*. Cambridge: Cambridge University Press. Voir aussi : Morris, N. et Rothman, D., eds. (1998) *The Oxford History of the Prison: The Practice of Punishment in Western Society*. Oxford: Oxford University Press ; Rothman, D.J. (1980) *Conscience and Convenience: The Asylum and its Alternatives in Progressive America*. Boston: Little, Brown and Company.

⁴ Voir le rapport de Human Rights Watch : *Locked Up Alone: Detention Conditions and Mental Health at Guantanamo*, juin 2008.

⁵ Le droit des droits de l'homme comprend : le droit conventionnel (traités, conventions, pactes), qui est juridiquement contraignant pour les États qui y sont parties et pour leurs agents, dont les fonctionnaires des prisons ; le droit coutumier, constitué de pratiques établies depuis longtemps qui sont acceptées comme étant une forme non écrite de droit ; et, enfin, les déclarations, recommandations, principes, codes de conduite et lignes directrices des droits de l'homme, qui ne sont pas juridiquement contraignants en tant que tels mais sont néanmoins l'expression de normes et coutumes internationales.

⁶ Pour un examen plus général de la question des droits de l'homme dans les prisons, voir : Andrew Coyle, A. (2002) *A Human Rights Approach to Prison Management*, International Centre for Prison Studies, London ; Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *Les droits de l'homme et les prisons*, Série sur la formation professionnelle, n° 11, 2005, disponible en ligne à l'adresse :

<http://www2.ohchr.org/french/about/publications/training.htm>

⁷ L'Ensemble de principes a été adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies en décembre 1988. Il comprend 39 principes réaffirmant que les prisonniers et les détenus conservent leurs droits humains en détention, et énumère certains des principes de procédure et de fond qui devraient présider à la gestion des tous les lieux de détention à travers le monde. Parmi les autres instruments des droits de l'homme pertinents figurent les Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus (adoptés en 1990, et affirmant que les détenus conservent leurs droits humains fondamentaux) ; le Code de conduite [des Nations Unies] pour les responsables de l'application des lois ; les Principes d'éthique médicale ; et, dans les situations de conflit armé, les Conventions de Genève de 1949 et leurs Protocoles additionnels de 1977.

⁸ Comité des droits de l'homme des Nations Unies, 44^e session (1992), Observation générale n° 20.

⁹ Voir Reyes, H., « Les pires cicatrices ne sont pas toujours physiques : la torture psychologique », *International Review of the Red Cross*, volume 89, n° 867, septembre 2007, p. 591-617.

¹⁰ Comité des droits de l'homme des Nations Unies, 44^e session (1992), Observation générale n° 21, par. 3.

¹¹ Adopté par le premier Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants, tenu à Genève en 1955, et approuvé par le Conseil économique et social dans ses résolutions 663 C (XXIV) du 31 juillet 1957 et 2076 (LXII) du 13 mai 1977.

¹² Le bref exposé de ce chapitre porte sur des instruments et organes européens, mais des dispositions analogues figurent dans d'autres instruments régionaux, dont la Convention

américaine des droits de l'homme, qui proclame, dans son article 5, que « 1. Toute personne a droit au respect de son intégrité physique, psychique et morale. 2. Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Toute personne privée de sa liberté sera traitée avec le respect dû à la dignité inhérente à la personne humaine ».

¹³ Cour européenne des droits de l'homme, affaire *Irlande c. Royaume-Uni*, requête n°5310/71, arrêt du 18 janvier 1978, par. 162.

¹⁴ *Affaire grecque*, 5 novembre 1969, Annuaire de la Convention européenne des droits de l'homme, vol. XII.

¹⁵ CEDH, *Dougoz c. Grèce*, n° 40907/98, arrêt du 6 mars 2001, par. 46.

¹⁶ Conseil de l'Europe, recommandation du Comité des Ministres n° R(87)3, révisée et remplacée par la recommandation n° Rec(2006)2 adoptée par le Comité des Ministres le 11 janvier 2006.

2. Les effets de l'isolement cellulaire sur la santé¹⁷

2.1 Introduction

Pour la plupart des détenus, l'isolement cellulaire est éprouvant et peut avoir des effets néfastes sur la santé. Le détenu se trouve isolé socialement des autres, ses contacts humains sont réduits à des échanges superficiels avec le personnel et à des contacts peu fréquents avec sa famille et ses amis. Il dépend presque entièrement du personnel de la prison – plus encore qu'il n'est habituel en milieu carcéral – pour la satisfaction de tous ses besoins essentiels, et ses rares mouvements sont strictement contrôlés et surveillés de près. Confiné à une petite cellule à peine meublée n'offrant qu'une vue restreinte, voire aucune, sur le monde extérieur, et réduit à un accès limité à l'air frais et à la lumière naturelle, il vit dans un environnement qui lui apporte peu de stimulation et peu de possibilités de s'occuper.

À travers toute la longue histoire de son utilisation dans les prisons – des pénitenciers « silencieux » et « séparés » du XIX^e siècle aux quartiers d'isolement et prisons de sécurité maximale des temps modernes – praticiens et chercheurs ont pu observer les effets néfastes de l'isolement cellulaire sur la santé des détenus. Dans le contexte de l'interrogatoire coercitif, des experts internationaux ont assimilé l'isolement cellulaire à de la torture psychologique¹⁸. Les effets potentiellement destructeurs de l'isolement cellulaire sont aussi reconnus par des instruments nationaux et internationaux ainsi que par des organismes de surveillance, qui le considèrent comme une pratique carcérale extrême à n'utiliser qu'en dernier recours et pour une durée brève. De fait, exprimant sa vive préoccupation au sujet de l'utilisation du régime cellulaire à titre disciplinaire, l'Organisation des Nations Unies, en 1990, est allée jusqu'à demander son abolition¹⁹.

Le présent chapitre examine quelques-uns des résultats de la recherche consacrée aux effets de l'isolement cellulaire sur la santé, dont certains datent du XIX^e siècle, et tente d'expliquer comment et pourquoi cette pratique porte atteinte au bien-être physique, mental et social des détenus²⁰. Si des effets négatifs sur la santé peuvent se manifester au bout d'une période d'isolement cellulaire très courte, ce chapitre s'intéresse surtout aux effets plus graves associés à des périodes d'isolement prolongées.

2.2 Les effets de l'isolement cellulaire sur la santé : bref aperçu de ce qui a été publié sur ce sujet et des récits de détenus

Observations générales

Les faits prouvent de façon évidente que l'isolement cellulaire a un impact profond sur la santé et le bien-être des détenus, en particulier de ceux qui présentaient des troubles mentaux préexistants, et qu'il peut aussi être lui-même une cause de maladie mentale. L'importance des dommages psychologiques varie en fonction de facteurs individuels (par exemple, parcours personnel et problèmes de santé antérieurs), de facteurs environnementaux (par exemple, conditions et moyens matériels), du régime carcéral (par exemple, temps en dehors de la cellule, contacts humains), du contexte de l'isolement (par exemple, sanction disciplinaire, protection du détenu, volontaire ou non, politique/criminel) et de sa durée.

Malgré des variations en termes de tolérance individuelle et de facteurs environnementaux et contextuels, les résultats de la recherche consacrée aux effets de l'isolement cellulaire sur la santé sont remarquablement homogènes au fil des décennies. Ils démontrent pour l'essentiel des effets négatifs sur la santé, quelques rares études seulement indiquant une absence d'effets négatifs et pratiquement aucune ne faisant état d'effets positifs ²¹.

Témoignages historiques

Le recours fréquent à l'isolement cellulaire dans les prisons du début du XIX^e siècle est évoqué dans de nombreux documents, et ses effets sur les détenus ont été décrits dans des revues médicales de l'époque. Grassian et Friedman (1986) citent, pour le seul territoire allemand, 37 rapports et articles publiés entre 1854 et 1909 identifiant l'isolement cellulaire comme le facteur le plus important de l'apparition de maladies psychotiques parmi les détenus. Par exemple, dans un rapport de 1854, le médecin-chef de la prison de Halle (Allemagne) fait état de ce qu'il appelle la « psychose carcérale » parmi les prisonniers en isolement et conclut qu'« *un isolement absolu de longue durée a un effet très nuisible sur le corps et l'esprit et semble prédisposer le détenu aux hallucinations* » et qu'il devrait par conséquent y être mis fin immédiatement (Nitsche et Williams, 1913). Un rapport de 1863 décrit les hallucinations très précises, le délire, l'anxiété et l'excitation psychomotrice vécus par 84 détenus souffrant de ce que l'auteur appelle la « psychose de l'isolement cellulaire ». En 1881, un résumé de l'évaluation diagnostique de 186 détenus du « quartier des aliénés » de la prison de Waldheim, également en Allemagne, concluait que plus de la moitié de ces détenus souffraient de manifestations réactionnelles dues à l'isolement cellulaire (Grassian et Friedman, 1986).

Des observations analogues ont été faites en Angleterre, où, en 1850 par exemple, 32 détenus sur 1000 avaient dû être sortis de leur cellule d'isolement de la prison de Pentonville pour cause de folie, par comparaison à 5,8 détenus sur 1000 dans les prisons ne pratiquant pas l'isolement cellulaire (McConville, 1981:208-9). Aux États-Unis, la Boston Prison Discipline Society, qui contribua à la conception du système d'isolement cellulaire dit « séparé » ou « de Pennsylvanie », rendait compte dès 1839 de troubles mentaux graves – y compris hallucinations et démence – chez les détenus placés en isolement (Scharff-Smith, 2004). Se référant à des rapports similaires des années plus tard, la Cour suprême des États-Unis notait que, à cause de l'isolement cellulaire, « *un nombre considérable de détenus... tombaient dans un état semi-fœtal... et d'autres dans une démence violente* » (Re Medley, 1890:167-8). Il est certain que la prise de conscience du fait que, loin de « guérir la maladie du crime » comme on l'escomptait, l'isolement cellulaire créait des troubles mentaux chez les détenus a joué un rôle déterminant dans le démantèlement des prisons d'isolement des deux côtés de l'Atlantique à la fin du XIX^e siècle.

Cependant, si le recours généralisé à l'isolement cellulaire a cessé, il reste partie intégrante des systèmes pénitentiaires et, comme nous l'avons déjà indiqué, il a augmenté dans de nombreux pays ces dix dernières années. Au fil des décennies, les chercheurs ont continué de faire état d'effets négatifs de l'isolement cellulaire, et leurs constatations ressemblent de façon frappante à celles que faisaient leurs homologues du passé.

Constats contemporains

Les études plus récentes ne font, pour l'essentiel, que réaffirmer que l'isolement cellulaire porte atteinte à ceux qui y sont soumis, et ont identifié une « psychose de l'isolement », trouble décrit ainsi : « *une réaction psychotique souvent caractérisée par des hallucinations et du délire, produite par un isolement et une inactivité physiques prolongés dans des quartiers cellulaires complètement séparés des autres* » (Scott et Gendreau, 1969:338).

Une enquête de 1975 sur le recours à l'isolement dans les prisons canadiennes a conclu que l'isolement administratif de longue durée représentait un « *grave danger pour les détenus*²² ». Deux ans plus tard, une étude du Conseil de l'Europe (1977) indiquait que l'isolement prolongé des détenus purgeant une longue peine faisait apparaître un « syndrome de séparation » caractérisé notamment par des troubles émotionnels et cognitifs, des problèmes de socialisation et des problèmes physiques²³. Benjamin et Lux (1977:268) ont écrit qu'il existait « *des preuves écrasantes du fait que, même en l'absence de brutalité ou de conditions malsaines, l'isolement suffisait à produire des dommages émotionnels, à entraîner une baisse de fonctionnement mental voire les formes les plus extrêmes de psychopathologie comme la*

dépersonnalisation, l'hallucination et le délire ». Se prononçant sur une affaire concernant des détenus maintenus à l'isolement strict en Allemagne, la Commission européenne des droits de l'homme (1978:97) avait fait valoir elle aussi que « *l'isolement peut suffire en soi à provoquer de graves problèmes de santé physique et mentale* ».

L'évaluation psychiatrique par Grassian (1983) de 14 détenus du quartier d'isolement cellulaire de la prison de Walpole, Massachusetts, faisait état de distorsions de la perception, de troubles affectifs, de troubles de la pensée, de la concentration et de la mémoire, de dissociation mentale, et de manque de contrôle des impulsions. L'étude de Korn (1988) sur l'unité de haute sécurité pour femmes de Lexington, Kentucky, révélait que les détenues y souffraient de claustrophobie, de crises de rage, de dépression profonde, d'hallucinations, de repli sur soi, de perte de l'affectivité et d'apathie. L'auteur mentionnait aussi perte d'appétit, perte de poids, troubles visuels et palpitations. L'étude de Brodsky et Scogin (1988) portant sur 45 personnes en détention provisoire faisait elle aussi état d'une forte prévalence de symptômes physiologiques et psychologiques négatifs : détenus nerveux, se parlant à eux-mêmes, et souffrant d'hallucinations et de délire, de confusion, de colère irrationnelle, de maux de tête et de problèmes de sommeil. Hodgins et Cote (1991) ont constaté de graves troubles mentaux chez 29 % des 41 individus d'un échantillon de détenus à l'isolement dans l'Unité spéciale de détention (SHU) de Québec, et chez 31 % des individus d'un échantillon de 32 détenus à l'isolement dans l'Unité d'isolement de longue durée (LTSU)²⁴.

L'étude de Haney (1993) sur 100 détenus choisis au hasard dans une des prisons de sécurité maximale de Californie, la Pelican Bay Security Housing Unit, a mis en évidence une très forte prévalence de symptômes de traumatisme psychologique, 91 % des détenus de l'échantillon souffrant d'anxiété et de nervosité, plus de 80 % de maux de tête, de léthargie et de troubles du sommeil, et 70 % ayant peur d'une dépression nerveuse imminente. Plus de la moitié des détenus souffraient de cauchemars, de vertiges, de palpitations et de problèmes de santé mentale causés par l'isolement, dont rumination, colère irrationnelle et confusion mentale (plus de 80 % des détenus de l'échantillon), dépression chronique (77 %), hallucinations (41 %) et dégradation générale de leur état.

De même, selon l'étude de Miller (1994:48) portant sur 30 détenus d'une prison du Kentucky, « *les personnes détenues dans l'environnement le plus restrictif (isolement disciplinaire) présentaient beaucoup plus de symptômes de détresse psychologique, tels qu'anxiété et*

hostilité, que le reste de la population de la prison ». Une étude de suivi (Miller et Young, 1997:92) faisait état de comportements de repli sur soi, d'hostilité, d'agressivité, de fureur et d'impulsions irrésistibles parmi les détenus du quartier d'isolement disciplinaire et concluait que, d'après ces constatations, « *il existe peut-être un niveau de restriction qui, au lieu de résoudre des problèmes administratifs, devient à la fois un problème de santé mentale et un problème supplémentaire pour l'administration pénitentiaire* ». Sestoft et al. (1998:105) concluaient leur étude sur l'influence de l'isolement cellulaire sur l'hospitalisation ultérieure de détenus danois en déclarant que « *les individus placés en isolement cellulaire sont contraints à un environnement qui accroît le risque qu'ils soient hospitalisés [...] pour raisons psychiatriques* ».

Dans son étude approfondie des effets de l'incarcération sur plus de 900 détenus, dont des détenus à l'isolement, Hans Toch a inventé le terme « panique de l'isolement » pour décrire ce que vivaient les détenus dans cette situation. Les symptômes sont notamment :

sentiment d'abandon [...] désespoir d'être sur une voie sans issue [...] sentiment d'impuissance, tension. C'est une réaction physique, un besoin de libération ou un besoin de s'échapper à tout prix [...] [Les détenus à l'isolement] se sentent plus en cage que confinés, plus abandonnés que seuls, plus étouffés qu'isolés. Ils réagissent à l'isolement cellulaire par des crises de panique ou de rage. Ils perdent le contrôle, craquent, régressent [...]. [Toch, 1992:49.]

Stuart Grassian, psychiatre de Harvard qui étudie les effets de l'isolement cellulaire depuis plus de vingt ans, a lui aussi affirmé que les symptômes que connaissent les détenus à l'isolement constituent un syndrome distinct qui s'apparente étroitement au délirium,

c'est-à-dire un ensemble de symptômes concomitants et ayant une évolution caractéristique dans le temps, indication d'une maladie discrète [...] Si ce syndrome est remarquablement atypique pour les maladies psychiatriques fonctionnelles, il est tout à fait caractéristique d'un syndrome cérébral organique aigu : le délirium, caractérisé par un degré d'éveil réduit, des anomalies à l'EEG [...], des troubles perceptifs et cognitifs, de la peur, de la paranoïa et de l'agitation ; et un comportement désordonné, impulsif et autodestructeur [...]. [Grassian, 2006:338.]

Enfin, le corpus de recherche de plus en plus abondant consacré aux effets qu'a sur la santé l'isolement dans les prisons de sécurité maximale des États-Unis – par exemple, Cloyes et al. (2006) ; Haney (2003) ; Kupers (1999) ; Miller (1994) ; Miller et Young (1997) ; Rhodes (2004) ; Grassian, (2006) – confirme tout à fait les constatations d'études antérieures, à savoir que « *c'est une expérience psychologiquement douloureuse, qui peut être traumatisante et destructrice; nombre de ceux qui y ont dû la vivre risquent de subir durablement des troubles émotionnels et même physiques* » (Haney et Lynch, 1997:500).

Les récits de détenus

Les chercheurs ont constaté que les détenus à l'isolement ont souvent peu conscience de leur propre état mental et tendent à minimiser leur réaction à l'isolement cellulaire, ainsi que d'éventuels problèmes de santé mentale (Grassian, 1983 ; Haney, 2003). Ces détenus semblent aussi avoir une opinion plus négative du traitement psychiatrique en prison et ont tendance à éviter d'y avoir recours (Coid *et al.*, 2003-1:315). Les problèmes de santé mentale sont particulièrement stigmatisés chez les détenus musulmans, qui répugnent à demander de l'aide (Robbins *et al.*, 2005). Au Royaume-Uni, par exemple, un rapport d'inspection d'une petite unité réservée aux Musulmans détenus au titre de la législation sur l'immigration pour raisons de sécurité nationale précisait que cinq des huit détenus concernés avaient d'importants troubles mentaux, mais avaient très peu recours au service de santé mentale mis à leur disposition (*An inspection of the category A detainee unit at HMP Long Lartin*, HMCIP, 2007). Quoiqu'il en soit, des récits des détenus eux-mêmes témoignent de divers effets graves sur la santé. Les paragraphes qui suivent présentent ce qui s'est dégagé d'entretiens avec des détenus pendant leur période d'isolement ou après, ainsi que d'écrits émanant d'anciens détenus qui avaient subi ce régime.

L'un des problèmes les plus fréquemment évoqués par les détenus qui ont été à l'isolement est qu'ils avaient beaucoup de mal à distinguer entre la réalité et leurs pensées, ou trouvaient la réalité si pénible qu'ils créaient leur propre monde imaginaire. Les chercheurs lient ce type de manifestations à l'absence de stimuli extérieurs, qui pousse le cerveau à créer sa propre stimulation, produisant fantasmes et hallucinations. Une étude portant sur des détenus qui avaient été à l'isolement pendant des périodes allant de 11 jours à 10 mois faisait état d'hallucinations auditives et visuelles. Une personne décrivait : « *Les parois de la cellule commencent à vaciller... tout commence à bouger dans la cellule ; on a l'impression qu'on est en train de perdre la vue* ». D'autres parlaient d'hallucinations auditives : « *J'entends des gardiens parler. Ont-ils dit ça? Oui? Non? Je ne sais plus où j'en suis. Est-ce que je perds la tête ?* » Des détenus mentionnaient aussi une grande sensibilité au bruit et aux odeurs : « *On devient sensible au bruit. La plomberie... l'eau coule dans les tuyaux ; c'est trop fort, cela vous tape sur le système. Je ne peux pas le supporter. Les repas – je déteste les odeurs... la seule chose que je supporte, c'est le pain* » (Grassian, 1983).

D'autres études ont fait état d'expériences similaires, allant de l'hypersensibilité aux sons et aux odeurs à des épisodes de paranoïa et d'automutilation. Une ancienne détenue a décrit ainsi son extrême sensibilité aux bruits : « *Votre vision est très restreinte, alors vous vivez d'après les*

bruits... Vous entendez chaque craquement du bâtiment. C'est presque amplifié... non pas que votre ouïe se soit améliorée, mais on fait plus attention parce que les bruits, c'est... un signe de vie » (citée dans Shalev, 2009). Un autre ancien détenu qui avait été à l'isolement dans une cellule disciplinaire sombre « voyait des visages » et « avait des conversations » avec des gens qui n'étaient pas là :

Parfois, j'avais l'impression que j'étais en train de perdre la raison, ou que je l'avais déjà perdue... Je me parlais à moi-même... J'avais des conversations avec des gens. Je veux dire des dialogues, de longs dialogues avec des gens. Certains étaient des gens que je connaissais, d'autres pas. Il y avait des moments où l'obscurité n'était pas sombre. Je voyais des visages... Je crois que j'ai pris conscience que je devais halluciner quand j'ai touché mes yeux et qu'ils étaient ouverts – donc j'ai plus ou moins compris que je n'étais pas en train de rêver. Au bout d'un certain temps, j'ai pensé que j'allais mourir là-bas. J'en étais sûr. [Ancien détenu, États-Unis, cité dans Shalev, 2009.]

Des témoignages analogues ont été consignés dans l'étude effectuée par Siegel (1984) sur 31 personnes soumises, pendant des périodes plus ou moins longues, à un régime d'isolement, de privation visuelle et de restriction des mouvements physiques, qu'ils aient été otages, prisonniers de guerre ou détenus condamnés. Toutes les personnes ainsi interrogées ont évoqué des hallucinations visuelles et auditives qui apparaissaient dans les heures suivant le début de l'isolement et devenaient de plus en plus élaborées à mesure que le temps passait. Les détenus qui avaient participé à l'étude à grande échelle de Toch (1992) sur les effets psychologiques de l'incarcération faisaient état d'expériences similaires en isolement cellulaire. Le détenu 'M', par exemple, décrivait un état de panique et des pensées paranoïaques pendant ses premiers jours à l'isolement :

[...] alors je m'allonge sur le matelas, puis, après m'être assis, je sens les murs se refermer sur moi. Et quand les gardiens viennent parce que je suis en train de hurler, ils disent : « Qu'est-ce qui se passe ici ? », et je réponds : « Les murs se referment sur moi », alors ils disent : « Pas de veine, tu vas mourir de toute façon. Nous allons t'étrangler. » [...] J'ai pensé que si je ne fichais pas le camp de là, ils allaient me tuer. Et je n'avais pas envie de me battre contre eux. [Toch 1992:150].

Un autre ancien détenu qui avait passé deux ans dans une prison de sécurité maximale en Californie a préféré parler du fait qu'il avait vu « d'autres détenus perdre la tête », et a décrit des scènes du même genre²⁵ :

J'ai vu des détenus perdre complètement la tête à cause du bruit d'une lumière. Ils hurlaient contre cette lumière, ils l'insultaient, convaincus que pour je ne sais quelle raison les autorités avaient mis délibérément un bruit dans la lumière [...] Les détenus qui n'ont

pas la tête solide, qui n'ont rien à quoi se raccrocher, la lumière, le bruit d'une porte, cela peut les rendre complètement dingues [...] J'ai trouvé ça bizarre qu'un homme adulte, un malabar, puisse craquer à cause d'une lumière. Mais c'est ce que [cet endroit] peut vous faire. Et une fois que vous avez perdu la tête, vous ne distinguez plus le bien du mal. Vous ne vous rendez pas compte que vous enfreignez une règle. Vous ne savez pas vraiment quoi faire. [Ancien détenu, États-Unis, cité dans Shalev, 2009.]

Le fait de voir et d'entendre les autres détenus craquer est éprouvant en soi, comme Henry Charrière (auteur de l'autobiographie *Papillon*) en a fait l'expérience pendant sa période d'isolement sur « l'île du Diable », colonie pénitentiaire française en Guyane : « *Autour de moi beaucoup de suicides et de fous furieux [...] C'est déprimant d'entendre crier, se plaindre ou gémir des heures et des journées entières* ». Lui-même survécut huit ans à l'isolement cellulaire par la force de l'imagination : « *Grâce à mes voyages dans les étoiles, il est très rare que j'aie de longues crises de désespoir. Assez vite je les surmonte et fabrique de toutes pièces un voyage réel ou imaginaire qui chasse les mauvaises idées* » (1969:321-323). L'un des problèmes que pose ce genre de technique est que la frontière entre réalité et imaginaire peut s'estomper dangereusement, comme cela a été le cas d'une ancienne détenue, qui « quittait son corps » régulièrement pour « voyager » dans le monde extérieur. Il ne s'agissait pas de rêves éveillés, mais d'expériences de sortie de corps dont, selon cette détenue, il arrivait parfois qu'il soit « vraiment dur de revenir » :

Les quatre premières années de prison, j'ai été dans un monde complètement imaginaire [...] J'étais à l'isolement. Je pouvais être dans ma cellule, coupée de tout le monde, et voyager. Je montais dans les airs, je sortais de la prison et je volais au-dessus des plages et des montagnes d'Okinawa, où j'habitais avant. Quelquefois, c'était vraiment, vraiment dur de revenir. [Ancienne détenue, États-Unis, citée dans Shalev, 2009.]

Plus le temps passait dans cette situation d'isolement, plus l'intensité et la fréquence de ses « voyages » augmentait, jusqu'au jour où l'aumônier de la prison la trouva couchée sur le sol de sa cellule dans un état quasi catatonique et la prit sous son aile. Le détenu britannique Doug Wakefield avait eu des hallucinations nettement moins agréables après une période d'isolement, « *généralement sous la forme d'araignées et d'insectes grouillant sur le sol, le lit et les murs, et dans ces moments-là il arrive souvent qu'on entende des voix et des bruits bizarres* » (Wakefield 1980:28). Se qualifiant lui-même de « titulaire d'un diplôme de 1000 jours en isolement », il a écrit : « *fantasmes et rêve éveillé deviennent les passe-temps habituels, avec le danger évident que cette activité devienne un trait permanent de l'esprit, et que vous ne sachiez plus, parfois, si vous êtes dans la réalité ou l'imaginaire* » (*ibid.*, p. 30).

On est frappé par les similitudes entre ces témoignages d'isolement cellulaire dans des contextes et des lieux différents et pour des périodes plus ou moins longues, et il est difficile de ne pas en tenir compte. De plus, les témoignages personnels cités ci-dessus concordent avec les

résultats de la recherche consacrée aux effets de l'isolement cellulaire sur la santé que nous avons examinés. Certains des effets de l'isolement cellulaire, tant physiologiques que psychologiques, qui ont été constatés sont énumérés dans la section suivante.

2.3. Les effets nocifs de l'isolement cellulaire sur la santé : symptômes constatés

Effets physiologiques

Si les effets psychologiques sont les plus fréquents et généralement les plus importants, on signale néanmoins souvent des effets physiologiques. Certains peuvent être des manifestations physiques d'un stress psychologique, mais le manque d'accès à l'air frais et à la lumière du soleil ainsi que longues périodes d'inactivité ne peuvent qu'avoir aussi des conséquences physiques. Grassian et Friedman (1986) font état de problèmes gastro-intestinaux, cardiovasculaires et génito-urinaires, de migraines et de fatigue profonde. Certaines des études constatent en outre les signes et symptômes suivants :

- palpitations (perception de battements de cœur forts et/ou rapides en période de repos)
- diaphorèse (transpiration excessive soudaine)
- insomnie
- douleurs dorsales et autres douleurs articulaires
- détérioration de la vue
- manque d'appétit, perte de poids et parfois diarrhée
- léthargie, faiblesse
- tremblements
- sensation de froid
- aggravation de problèmes médicaux préexistants.

Effets psychologiques

Les effets les plus souvent signalés de l'isolement cellulaire sont ses effets psychologiques²⁶. Ceux-ci varient selon l'adaptation pré-morbide de l'individu ainsi que le contexte, la durée et les conditions de l'isolement. L'individu sera plus vulnérable s'il a déjà vécu un traumatisme, facteur auquel s'ajoutent le caractère imposé de l'isolement disciplinaire, et le fait que le détenu soit maintenu longtemps à ce régime. Les symptômes aigus du début peuvent être suivis de symptômes plus chroniques dans les cas où l'isolement se poursuit. Si la plupart des détenus

mis à l'isolement font état d'un trouble ou d'un autre, un petit nombre de détenus montrent peu de signes et de symptômes et peuvent s'avérer plus aptes à résister aux effets négatifs de l'isolement cellulaire. Des symptômes, aigus ou chroniques, se manifestent dans les catégories suivantes :

Angoisse, allant de sensations de tension à des crises de panique caractérisées

- Persistance d'un seuil de stress bas
- Irritabilité ou anxiété
- Peur d'une mort imminente
- Crises de panique.

Dépression, allant de la baisse de moral à la dépression clinique

- Perte/manque de réactivité émotionnelle – perte de l'aptitude à ressentir des sentiments
- Labilité émotionnelle (sautés d'humeur)
- Sentiment d'impuissance
- Repli sur soi ; perte du désir d'entreprendre des activités ou d'exprimer des idées ; apathie ; léthargie
- Trouble dépressif majeur.

Colère, allant de l'irritabilité à la rage profonde

- Irritabilité et hostilité
- Mauvais contrôle des impulsions
- Accès de violence physique et verbale contre autrui, soi-même et les objets
- Colère sans raison, pouvant aller jusqu'à de la rage.

Troubles cognitifs, allant du manque de concentration à des états confusionnels

- Difficulté à fixer son attention
- Manque de concentration
- Perte de mémoire
- Confusion ; désorientation.

Distorsions de la perception, allant de l'hypersensibilité aux hallucinations

- Hypersensibilité aux bruits et aux odeurs
- Distorsion des sensations (p. ex., les murs qui se referment sur le détenu)
- Désorientation dans le temps et l'espace
- Dépersonnalisation/déréalisation
- Hallucinations touchant les cinq sens – vue, ouïe, toucher, odorat et goût (p. ex. Voir apparaître des objets ou des personnes dans la cellule, ou entendre des voix alors qu'en réalité personne ne parle).

Paranoïa et psychose, allant des pensées obsessionnelles à la psychose caractérisée

- Pensées récurrentes et persistantes (ruminations), souvent à caractère violent et vengeur (p. ex. contre le personnel de la prison)
- Idées paranoïaques – souvent persécutoires
- Épisodes ou états psychotiques : dépression psychotique, schizophrénie.

Automutilation et suicide

Des documents historiques sur les prisons d'isolement du XIX^e siècle décrivent souvent des actes d'auto-agression, d'automutilation et de suicide. Des études contemporaines ont également montré que l'automutilation (y compris le fait de se taper la tête contre les murs) et les suicides sont plus fréquents dans les quartiers d'isolement que dans la population carcérale générale (Haney et Lynch 1997:525). En Californie, par exemple, on peut lire que 69 % des suicides commis en prison en 2005 se seraient produits dans des *segregated housing units* (unités ou quartiers d'isolement*) (*USA Today*, 27/12/2006), et en Angleterre et au Pays de Galles un cinquième des suicides de la période 2004-2005 ont eu lieu dans des quartiers d'isolement (National Offender Management Service, Safer Custody Group. *Self inflicted deaths Annual Report*, 2004/5).

**[On parle de « quartier d'isolement » pour désigner un secteur réservé aux cellules d'isolement dans une prison. Le terme « unité d'isolement » est plus général et peut désigner aussi bien une section d'une prison qu'un établissement pénitentiaire entièrement consacré à l'isolement.]*

D'autres formes d'automutilation sont également répandues dans les quartiers d'isolement cellulaire. Des chercheurs ont relevé que l'automutilation, notamment par coupures, est souvent « *le résultat d'une frustration soudaine due à un stress situationnel sans exutoire*

physique permis [...] L'auto-agression devient la seule activité exutoire » (Scott et Gendreau, 1969:341). Dans une autre étude, on lit que l'automutilation est un moyen de « se libérer d'une tension insupportable – la douleur physique devient un substitut compensatoire de la douleur psychique ou de la honte » (Dabrowski, 1937, cité dans McCleery, 1961:303). D'anciens détenus ont témoigné que l'automutilation jouait un autre rôle pour eux quand ils étaient à l'isolement – elle manifestait qu'ils étaient toujours vivants.

J'étais totalement frustré... J'ai commencé à tout casser dans la cellule. Je refusais de manger. J'ai commencé à refuser l'eau. J'étais complètement paranoïaque. Je me suis mis à boire ma propre urine parce que je croyais qu'ils essayaient de m'empoisonner. Je suis passé à l'automutilation, et on m'a mis dans une « ceinture de force ». Cela te met tellement en colère. C'est un exutoire, mais il faut que ça sorte. Même ton propre sang est quelque chose de réel. [Ancien détenu, Royaume-Uni, cité dans Shalev, 2009.]

*Je me suis retrouvé recroquevillé dans la position du fœtus, me balançant d'avant en arrière et me tapant la tête contre les murs. Quand on n'a pas de sensation, c'est parfois dur de se convaincre qu'on est réellement là. [Ancien détenu, États-Unis, cité *ibid.*]*

Il est difficile d'obtenir des chiffres sur les formes d'automutilation qui n'entraînent pas la mort. Néanmoins, les observations empiriques prouvent à l'évidence que la prévalence de ce type d'incidents est particulièrement élevée dans les quartiers de ségrégation et d'isolement.

2.4. En quoi l'isolement cellulaire est-il nocif ?

Chacun des trois principaux facteurs inhérents à l'isolement cellulaire – isolement social, stimulation environnementale réduite et perte de maîtrise de quasiment tous les aspects de la vie quotidienne – est potentiellement éprouvant. Ensemble, ils ont un effet puissant. De plus, les études relatives à la morbidité psychiatrique des détenus indiquent que ceux-ci constituent une population particulièrement vulnérable, même lorsqu'ils ne sont pas en isolement cellulaire. En Angleterre et au Pays de Galles, une enquête sur la morbidité de la population carcérale effectuée en 1998 par l'Office des statistiques nationales (Office of National Statistics, ONS) a établi que seuls 10 % des détenus n'avaient aucun antécédent de troubles névrotiques, psychotiques, troubles de la personnalité ou abus de substances, et que beaucoup avaient vécu une combinaison de plusieurs de ces problèmes, voire de tous (ONS, enquête sur la morbidité psychiatrique, 1998). On sait également qu'environ 7 % des détenus ont un grave handicap mental, avec un QI de 70 ou moins²⁷, et que ceux-ci qui ont cette déficience ont des difficultés particulières à supporter l'isolement. Environ 12 % recevront aussi un traitement psychiatrique

en prison pour maladie mentale grave et persistante (HMCIP, *The mental health of Prisoners*, 2007). Une des causes de ces pourcentages élevés de troubles tient à des traumatismes vécus au début de la vie, et aux difficultés d'adaptation personnelle et sociale qui en ont résulté. Tous ces éléments concourent à rendre les détenus particulièrement vulnérables aux effets de l'isolement, de l'activité réduite, du déficit de stimulation et de la perte de maîtrise de leur vie.

À l'inverse, des observations empiriques indiquent que certains détenus sont protégés des pires effets de l'isolement cellulaire par le sens qu'ils arrivent à donner à cette expérience. Certains détenus politiques, par exemple, ont fait preuve d'une remarquable résilience pendant des périodes d'isolement de longue durée. Cela ne veut pas dire pour autant que l'expérience n'était pas difficile pour eux. Décrivant son incarcération à la prison de Robben Island, Nelson Mandela écrit : « [...] j'ai trouvé que l'isolement était l'aspect le plus désagréable de la vie en prison. Il n'y a ni début ni fin ; on est seul avec son esprit, qui peut vous jouer des tours. Est-ce un rêve ou cela a-t-il vraiment lieu? On commence à s'interroger sur tout. » (Nelson Mandela, *Un long chemin vers la liberté*, 1996). Des dirigeants du mouvement Tupamaro en Uruguay, qui, dans les années 1970, avaient été maintenus en isolement cellulaire strict pendant plusieurs années (ils n'étaient autorisés à communiquer avec personne, les repas leur étaient passés à travers un guichet de la porte de la cellule par des gardiens qui avaient pour instruction ne pas échanger un mot avec eux) ont expliqué que l'isolement cellulaire était la pire forme de torture. L'un d'eux a précisé : « la torture par décharges électriques est un jeu d'enfants par rapport à la solitude prolongée » (extrait cité dans Reyes, 2007:607).

Isolement social

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) considère le bien-être social comme faisant partie intégrante de sa définition de la « santé »²⁸. L'isolement cellulaire soustrait l'individu à la compagnie des autres et le prive de la plupart des formes d'interaction sociale digne de ce nom²⁹ et bienveillante, ainsi que de contact physique. Dans la plupart des cas, la personne à l'isolement est privée de toute interaction avec ses codétenus, et parfois même avec sa famille et ses amis par le biais de restrictions aux visites. Lorsque les visites ont effectivement lieu, cela peut être dans un espace clos, avec une séparation entre le détenu et ses visiteurs qui empêche tout contact physique entre eux.

Les théories de l'apprentissage social insistent sur l'importance du contact social non pas seulement pour le plaisir et le jeu, mais pour le sens-même du « soi », qui se forge et se

maintient grâce aux interactions sociales. Le contact social est d'une importance cruciale pour la formation des perceptions et des concepts, l'interprétation de la réalité et l'aide.

*Le soi [...] est essentiellement une structure sociale, qui émerge dans l'expérience sociale. Après que le soi a émergé, il peut en un certain sens se fournir ses expériences sociales : nous pourrions alors concevoir un soi absolument solitaire. Mais le soi est impensable hors de l'expérience sociale. Un homme condamné au confinement pour le reste de ses jours est toujours à lui-même son propre compagnon. Il peut penser et communiquer avec lui-même tout comme il le faisait naguère avec autrui. [...] **Ce processus d'abstraction ne peut être poursuivi indéfiniment**³⁰. [Mead, 1934. Caractère gras ajouté.]*

Paradoxalement, l'isolement social peut conduire à un repli sur soi plus poussé. Une étude a permis d'étayer l'hypothèse selon laquelle la personnalité « renfermée » ou « solitaire » « généralement considérée comme le fondement de la schizophrénie peut être le résultat d'une longue période d'« isolement social », c'est-à-dire de séparation de tout contact social intime et bienveillant » (Faris, 1962:155). Faris ajoute que « le repli sur soi est souvent le dernier stade d'un processus qui a commencé par une exclusion ou un isolement qui n'étaient pas voulus par le patient » (*ibid.*, p. 159).

Privé de contact social et d'interaction à la fois dignes de ce nom et bienveillants, le détenu à l'isolement cellulaire risque de se replier sur lui-même et de régresser. Même lorsque les détenus à l'isolement ne manifestent aucun symptôme évident, ils risquent, une fois sortis de l'isolement, de se sentir mal à l'aise dans des situations sociales et de les éviter, ce qui peut avoir des conséquences négatives pour le fonctionnement social tant de la communauté carcérale que de la communauté extérieure – et, de nouveau, hypothéquer les chances d'une réinsertion sociale réussie.

Réduction de l'activité et de la stimulation

Monotonie et stimulation sensorielle réduite font partie intégrante de l'isolement. Dans les prisons d'isolement du XIX^e siècle, lorsque les détenus pouvaient travailler, on prenait grand soin de leur attribuer des travaux fastidieux et monotones qui devaient généralement être effectués en silence. Dans les quartiers d'isolement « modernes » des prisons, le travail, les activités éducatives ou des moyens de se distraire tels que lecture, radio ou télévision peuvent être supprimés ou restreints dans le cadre d'un système de sanctions. Lorsque du travail est attribué, il est souvent effectué dans la cellule et, comme au XIX^e siècle, il peut être facile et monotone, comme remplir des enveloppes. Les détenus peuvent être maintenus dans des cellules à peine meublées jusqu'à 23 heures par jour, avec peu de stimulation sensorielle ou mentale.

Dans leurs récits, des détenus décrivent les effets de la monotonie et de l'ennui sur leur état mental pendant une période d'isolement :

L'ennui est un ennemi de taille. La privation sensorielle est un mode de vie. Il n'y a tout simplement rien à faire. Asseyez-vous tout seul dans votre salle de bain, sans aucun de vos effets les plus personnels, et essayez d'imaginer des années de ce régime, semaine après semaine. Cela vous détruit lentement, mentalement et physiquement³¹.

L'ennui absolu et monstrueux qui devient si manifeste après une courte période d'isolement est tout puissant [...] pour vaincre la tendance à l'inactivité totale et pour conserver une emprise sur ses sens, il faut faire de gros efforts [...] Pourtant, même si un détenu parvient bien à éviter les effets de l'isolement, ce n'est qu'une question de temps avant qu'ils le rattrapent. [Wakefield, 1980:28.]

...tu es assis là, dans ton isolement cellulaire, à mijoter dans le néant – pas simplement ton propre néant, mais le néant de la société, des autres, du monde. La léthargie de mois qui deviennent des années tout seul dans une cellule s'enroule autour de chaque activité « physique » du corps vivant et l'étrangle lentement jusqu'à la mort, l'horrible désintégration du véritable mort vivant. Tu ne fais plus de pompes ni d'autres exercices physiques dans ta petite cellule ; tu ne fais plus interminablement les quatre pas aller et retour à travers ta cellule. Tu cesses de te masturber ; tu ne peux avoir aucun fantasme érotique d'aucune sorte [...] le temps descend sur ta cellule comme le couvercle d'un cercueil dans lequel tu es allongé à regarder ce couvercle se poser doucement sur toi [...] l'isolement cellulaire dans une prison a la capacité d'altérer la constitution ontologique d'une pierre. [Abbott, 1982:44-45.]

Ces témoignages personnels sont étayés par des études qui indiquent qu'un input sensoriel réduit peut entraîner une réduction de l'activité cérébrale. S'appuyant sur la théorie de l'input-output (entrée-sortie), l'une de ces études avance que l'input sensoriel et l'output moteur-mental fonctionnent en parallèle :

Une diminution de l'input sensoriel par réduction sensorielle produit une baisse de la vivacité d'esprit, une incapacité à se concentrer, une baisse de la planification et de la motivation, en même temps qu'une diminution de l'activité physique dans les systèmes langagier et moteur [...] Dans la vie carcérale, l'ennui engendre l'ennui. Une diminution de l'apport de stimuli entraîne une apathie mentale, un désintérêt pour l'apprentissage et une baisse correspondante de la planification, de la motivation et de l'activité physique. [Scott et Gendreau, 1969:338.]

Afin d'évaluer cette hypothèse, on a mesuré chaque jour l'activité cérébrale de détenus à l'isolement. Les chercheurs ont constaté qu'au bout de sept jours d'isolement, cette activité diminuait. Une corrélation a été établie entre cette baisse « *et un comportement apathique, léthargique [...] et une réduction des comportements de recherche de stimulation. Jusqu'à sept jours, la baisse enregistrée à l'EEG est réversible, mais si la privation dure plus longtemps cela risque de ne plus être le cas* » (Scott et Gendreau, *ibid.*).

Perte de maîtrise

Un troisième aspect de l'isolement cellulaire est le régime rigide et le degré de contrôle exceptionnellement élevé qui s'exercent sur tous les aspects de la vie des détenus, ou ce qui a été appelé « système autoritaire de contrôle social » (McCleery, 1961:272), ou le « caractère total du contrôle » (Haney, 1993).

Lorsqu'un détenu est soumis à une mesure de contrôle spécial ou disciplinaire, un certain accroissement du contrôle et de la surveillance exercés par les autorités est inévitable. Cependant, dans le cas de l'isolement cellulaire, ce contrôle est extrême, le détenu a peu de possibilités d'exercer son autonomie personnelle, et il dépend entièrement du personnel pour la satisfaction de tous ses besoins essentiels. Lorsque ce niveau de contrôle s'exerce sur une longue période, son impact psychologique augmente en proportion.

Diverses études ont examiné les aspects socio-psychologiques de l'incarcération de longue durée dans des environnements très surveillés. Un certain nombre de réactions psychologiques communes ont été recensées³². Ces réactions vont généralement de l'apathie à l'agression : « soit la réaction au système de discipline rigide finit par devenir quelque chose qui ressemble beaucoup à l'aliénation mentale – apathie, manque d'énergie, divagations/caprices, ou encore irritabilité, haine et instabilité nerveuse » (Sutherland et Cressey, 1955:473). Une autre étude a indiqué, de même, qu'avec le temps, les symptômes présentés par les détenus « évolueront probablement en comportements homicides ou suicidaires » (McCleery, 1961:265).

Ainsi, contrairement au but visé, qui est d'imposer calme et maîtrise à un détenu, l'isolement cellulaire peut produire plus d'irritabilité, voire des accès de violence, souvent sans provocation. Cette violence peut être dirigée contre le personnel, mais aussi contre le détenu lui-même, sous forme d'automutilation ou de suicide. Lorsque le détenu devient effectivement plus docile et se conforme apparemment aux règles, cela peut en fait être une réaction pathologique sous forme de repli sur soi, d'inertie émotionnelle et d'apathie. De plus, en raison du « caractère total du contrôle », certains détenus dépendent tellement de la prison pour organiser leur vie et leur routine quotidienne qu'ils perdent la capacité d'exercer une autonomie personnelle. Ceci, de nouveau, peut faire d'eux des êtres dysfonctionnels dans la société lorsqu'ils seront libérés, et certains chercheront à retourner en prison.

2.5. La durée de l'isolement cellulaire

Toutes les études portant sur des détenus qui ont été mis à l'isolement contre leur volonté pendant plus de huit jours dans des prisons ordinaires ont constaté plusieurs effets négatifs sur la santé (Haney, 2003), et même les défenseurs de cette pratique conviennent qu'un isolement

disciplinaire prolongé « *présente des risques considérables pour les détenus* » (Gendreau et Bonta, 1984:475).

Une étude établissant une comparaison entre les taux d'admission ultérieure dans des hôpitaux psychiatriques danois des détenus placés en isolement cellulaire et des détenus qui étaient maintenus avec le reste de la population de la prison a révélé que les taux d'hospitalisation divergeaient sensiblement après quatre semaines. La « *probabilité d'une hospitalisation pour raisons psychiatriques était environ 20 fois plus élevée que pour une personne placée en détention non solitaire pour la même durée* » (Sestoft *et al.*, 1998:105). L'étude de Siegel (1984) sur 31 personnes soumises à un régime d'isolement, de privation visuelle et d'entrave aux mouvements physiques dans diverses situations (otages, prisonniers de guerre, détenus) et pour des durées différentes faisait état de l'apparition d'hallucinations visuelles et auditives dans les heures qui suivaient le début de l'isolement, et de l'aggravation de ces hallucinations dans le temps.

Des études portant sur des détenus volontaires pour un isolement d'une durée maximale de dix jours ont généralement fait état d'effets négatifs minimes. Walters *et al* (1963:772) ont écrit que, chez 20 détenus de longue durée d'un pénitencier fédéral canadien qui s'étaient portés volontaires pour rester quatre jours dans des cellules d'isolement, « *si l'isolement social pouvait provoquer une certaine modification des sentiments subjectifs, il n'entraînait aucune détérioration de l'état mental ou psychomoteur, ni susceptibilité accrue à l'influence sociale* ». De même, Ecclestone, Gendreau et Knox ont écrit en 1974 que pour huit détenus volontaires mis à l'isolement pendant 10 jours, ce régime « *n'était pas plus éprouvant que la vie normale dans l'institution* ». Ces résultats peuvent toutefois s'expliquer par la courte durée de l'isolement et par le fait que les détenus qui participaient à ces études étaient heureux d'avoir la possibilité de passer du temps à l'écart de la population de la prison.

Des études expérimentales effectuées avec des volontaires ont fait apparaître une tolérance relativement courte à l'isolement. Si ces études ne sont pas comparables à une situation d'isolement forcé dans un contexte carcéral où les détenus ne sont pas libres de mettre fin à l'expérience à tout moment, leurs constatations contribuent néanmoins à démontrer l'impact considérable qu'a l'isolement sur des sujets humains. Dans une étude visant à mesurer les niveaux de tolérance à l'isolement, il s'est avéré qu'environ les deux tiers des volontaires avaient été capables de rester dans cette situation pour des durées de 3 à 14 jours (Zuckerman, 1964:255-276). Dans une autre, 20 volontaires avaient été placés séparément dans une pièce où régnait un silence total, où ils devaient rester aussi longtemps qu'ils pouvaient. En moyenne, les hommes avaient tenu 29,24 heures, et les femmes 48,70 heures. Aucun des participants

n'avait supporté la « pièce silencieuse » pendant plus de quatre jours (Smith et Lewty, 1959:342-345). Lorsque la durée de l'isolement n'était pas précisée, deux heures suffisaient pour engendrer chez les participants confusion et crainte de perdre la raison (Solomon *et al.*, 1961).

D'autres études ont-elles aussi démontré qu'un facteur important de l'endurance à l'isolement cellulaire est la connaissance préalable de la durée de cet isolement. Ne pas la connaître « *peut engendrer un sentiment d'impuissance. Des peines de durée définie imposées pour des actes reconnus semblent moins susceptibles d'inspirer de la panique* » (Toch, 1992:250). Une étude a conclu que l'incertitude était un facteur déterminant de l'apparition de comportements d'hostilité et d'agressivité (McCleery 1961:303). À l'évidence, le fait de savoir combien de temps durera l'isolement est un facteur atténuant dont devraient tenir compte ceux qui prennent la décision de soumettre un détenu à ce régime.

2.6. Les séquelles durables de l'isolement cellulaire

Il existe peu d'études longitudinales des effets de l'isolement cellulaire, et l'on ne dispose d'aucune étude de suivi de la situation d'anciens détenus à l'isolement après leur sortie de prison. Là aussi, il est probable que les éventuels effets à long terme dépendent de l'individu ainsi que du type d'isolement concerné et de sa durée. Une étude portant sur des personnes en détention provisoire placées en isolement cellulaire à la Prison Ouest de Copenhague a examiné ces détenus entre le deuxième et le quatrième jour suivant leur mise à l'isolement, puis mensuellement. Elle a constaté une diminution des symptômes peu après le transfert des détenus au sein de la population générale de la prison, et a conclu : « *l'état dû à l'isolement cellulaire est éprouvant et probablement passager, du moins en partie* » (Andersen *et al.*, 2003:174). Les auteurs précisent néanmoins : « *le constat que la santé mentale des détenus s'est améliorée lorsqu'ils ont été transférés de l'isolement cellulaire à un régime de détention ordinaire indique que l'isolement cellulaire impose un état qui pourrait logiquement être évité si l'on abolissait ce régime* » (*ibid.*, p. 175).

De même, l'étude de Grassian (1983) portant sur des détenus en isolement cellulaire à la prison de Walpole (Massachusetts), où les exigences légales voulaient que les détenus à l'isolement soient libérés de ce régime au moins 24 heures tous les 15 jours, fait état d'une rapide diminution des symptômes pendant les interruptions de l'isolement.

D'autres études, en revanche, font état de troubles du sommeil, de cauchemars, de dépression, d'anxiété, de phobies, de dépendance émotionnelle, de confusion, et de troubles de la mémoire et de la concentration (Hocking, 1970) longtemps après que les détenus sont sortis du milieu d'isolement. Ces symptômes sont semblables à ceux que présentent les détenus à l'isolement, et peuvent, dans certains cas, être irréversibles. Cependant, c'est peut-être dans des cadres sociaux et dans les relations interpersonnelles que les effets durables de l'isolement cellulaire sont le plus évidents :

S'il est probable que nombre des symptômes aigus que présentent les détenus disparaîtront après la fin de l'isolement cellulaire, de nombreux [détenus], dont certains chez lesquels aucun trouble psychiatrique ne s'était déclaré pendant leur isolement, subiront probablement des dommages permanents [...]. Ces dommages se manifestent le plus fréquemment par une intolérance constante à l'interaction sociale, handicap qui, souvent, empêche le détenu de bien se réadapter à [...] la population générale de la prison et altère gravement sa capacité à se réinsérer dans la société après sa libération. [Grassian, 2006:332.]

D'anciens détenus qui avaient passé de longues périodes à l'isolement ont témoigné avoir eu des difficultés dans des situations sociales longtemps après leur libération :

Je veux dire qu'il y a encore des fois où quand, par exemple, je vais au cinéma, à la fin du film, quand j'ai été dans le noir et tout d'un coup la lumière s'allume et, boum, je vois ces millions de gens autour de moi, je regarde autour de moi et je me dis : qui est-ce qui va me frapper, qu'est-ce qui va arriver ? [...] Je veux dire, on se sent très mal et tout d'un coup on se met à trembler, on sent son cœur battre et soudain on réalise : mais non, je suis dans un cinéma, qu'est-ce qui me prend ? Il n'y a personne de complètement cinglé ici. Je ne suis pas en prison. Je me sens vraiment mal quand je suis dans une foule. Quelquefois, même quand je vais au magasin d'alimentation j'ai un problème – il y a ces gens qui me regardent et je me demande : mince, qu'est-ce qu'ils regardent ? [Ancien détenu, États-Unis. Cité dans Shalev, 2009.]

Mon caractère et ma personnalité ont beaucoup changé dans le mauvais sens, et maintenant je suis quelqu'un de très paranoïaque et méfiant. La paranoïa est devenue si grave que je n'arrive plus à faire confiance à qui que ce soit, et que j'ai développé une tendance à haïr les gens sans raison apparente. [Wakefield, 1980:30.]

Incapables de retrouver les aptitudes sociales nécessaires pour mener une vie « normale », certains peuvent continuer à vivre dans un relatif isolement après leur libération. En ce sens, l'isolement cellulaire va à l'encontre de l'un des buts principaux de la prison, qui est de réadapter les délinquants et de faciliter leur réinsertion dans la société.

2.7. Observations finales sur les effets de l'isolement cellulaire

Tirer des conclusions générales d'études portant sur certains détenus et de recherches expérimentales effectuées avec des volontaires ne va pas sans problème. S'agissant des études faites dans le contexte d'un procès intenté par le détenu concerné contre les autorités, on peut s'interroger sur l'impartialité des constatations. Il en va de même des études effectuées par des membres du corps médical employés par les autorités responsables des mesures d'isolement. Avoir accès aux détenus pour une recherche en situation réelle d'isolement pose à la fois des problèmes pratiques et éthiques. De plus, il n'y a rien d'équivalent entre l'isolement cellulaire dans la réalité d'une prison et dans le cadre d'expériences limitées dans le temps. Le rôle de problèmes de santé mentale antérieurs est également un important facteur aggravant.

Cela étant, on dispose d'une abondante documentation – dont le volume ne cesse d'ailleurs de croître – qui démontre les effets nocifs de l'isolement, surtout lorsque celui-ci est utilisé à des fins disciplinaires, sans limites de durée définies, pour des périodes dépassant quatre semaines, et s'applique à des personnes qui avaient déjà des problèmes de santé mentale et d'adaptation sociale.

POINTS ESSENTIELS

1. Il existe des données probantes, datant du XIX^e siècle déjà, qui démontrent les effets négatifs de l'isolement cellulaire.
2. L'importance des dommages psychologiques et physiologiques causés par l'isolement cellulaire dépendra du détenu lui-même, de son histoire, du contexte de la mise à l'isolement, de la durée et des conditions de l'isolement, et du degré d'allègement qui peut intervenir.
3. Le fait de ne pas connaître la durée prévue de l'isolement en augmentera probablement les effets nocifs.
4. Si certains des effets de l'isolement cellulaire sur la santé disparaissent après la fin de cette mesure, d'autres peuvent être durables.
4. Pour ces raisons, le recours à l'isolement devrait être réservé à des cas extrêmes, pour une durée aussi brève que possible, en règle générale de quelques jours seulement.
5. Le recours abusif à l'isolement cellulaire pour en exploiter les effets psychologiques et physiologiques dans le cadre d'une procédure d'interrogatoire peut être assimilé à une peine ou un traitement cruel, inhumain ou dégradant, voire à de la torture, et devrait être interdit en toutes circonstances.

Notes

¹⁷ Le présent chapitre a été rédigé conjointement avec Monica Lloyd, psychologue légiste, anciennement membre du bureau du Chief Inspector of Prisons (HMCIP), et le D^r Jonathan Beynon, coordonnateur médical chargé de la santé carcérale, Comité international de la Croix-Rouge. Les points de vue exprimés ici sont les opinions personnelles des auteurs et ne représentent pas nécessairement la position de leurs organisations respectives.

¹⁸ Reyes, H., « Les pires cicatrices ne sont pas toujours physiques : la torture psychologique », *International Review of the Red Cross*, volume 89, n° 867, septembre 2007, p. 591-617. Voir

aussi : Human Rights Watch report: *Locked Up Alone: Detention Conditions and Mental Health at Guantanamo*, juin 2008 ; Physicians for Human Rights (PHR): *Break them down: systematic use of psychological torture by US forces*. Physicians for Human Rights, USA, 2005.

¹⁹ Nations Unies, principe 7 des Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus, adoptés et proclamés par l'Assemblée générale dans sa résolution 45/111 du 14 décembre 1990.

²⁰ Ce chapitre ne se veut qu'une tour d'horizon succinct et sélectif de ce qui a été écrit sur le sujet. Les études qui y sont passées en revue sont très diverses par leur portée, leur situation géographique, leur contexte, ainsi que par les facteurs examinés et la méthode utilisée. Pour un examen complet de la documentation relative aux effets de l'isolement cellulaire sur la santé, ainsi que des questions méthodologiques, voir Scharff-Smith (2006).

²¹ À l'exception de celle de Suedfeld et Roy (1975), selon laquelle un isolement cellulaire de courte durée et non disciplinaire vécu par des participants volontaires peut avoir des effets bénéfiques (bien que ceux-ci ne soient pas précisés).

²² Cité dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*. 1977:408-416.

²³ Les chercheurs ont fait état de troubles émotifs, de troubles de l'entendement et du jugement, de régression vers l'infantilisme et de difficultés à établir des contacts sociaux, ainsi que de troubles du sommeil, de maux de tête et de graves problèmes digestifs (cité dans Amnesty International, 1980).

²⁴ Les auteurs notent que, dans les deux échantillons en question, de nombreux détenus avaient déjà antérieurement des problèmes de santé mentale.

²⁵ Comme Hans Toch (1992:152) l'a relevé : « souvent, le craquage personnel en situation d'isolement ne cadre pas avec l'image de soi et la réputation du détenu concerné », qui peut alors trouver plus facile de parler d'autres détenus qui auraient « perdu la tête ».

²⁶ Les symptômes énumérés dans cette section ont été régulièrement signalés dans les études mentionnées plus haut. Pour un examen plus détaillé des constatations de la recherche, voir Grassian et Friedman (1986) ; Grassian (2006) ; Haney et Lynch (1997) ; Haney (2003) et Scharff-Smith (2006).

²⁷ Mottram, P. (2007) *HMP Liverpool, Styal and Hindley Study Report*, University of Liverpool.

²⁸ « ... la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain,... », Organisation mondiale de la Santé, Déclaration d'Alma-Ata, 1978.

²⁹ L'auteur insiste sur le qualificatif « digne de ce nom » car on ne peut pas faire valoir que le contact régulier des détenus avec le personnel pénitentiaire lorsque celui-ci leur apporte leur nourriture, les entrave et les escorte constitue un véritable contact.

³⁰ Voir Mead, G. H., (1934) *Mind, Self and Society*. Chicago: University of Chicago Press. Nouvelle traduction et introduction de Daniel Cefai et Louis Quéré, Paris, PUF, coll. « Le Lien social », 2006, p. 211-212. Pour un examen des théories de l'apprentissage social et de leur application dans les situations d'isolement social, voir Haney et Lynch, 1997:503-506.

³¹ Un détenu de la prison de sécurité maximale (*Supermax*) de Floride, cité dans le rapport de la National Campaign to Stop Control Unit Prisons, 1997.

³² Voir Sutherland et Cressey (1955) ; Sykes (1958) ; Goffman (1961) ; McCleery (1961). Voir aussi l'étude ([1972] 1981) de Cohen et Taylor sur des détenus du quartier de sécurité maximale de la prison de Durham à la fin des années 1960, et l'étude (1992) de Toch sur les réactions des détenus à l'épreuve psychique de l'emprisonnement.

3. La décision de placer des détenus en isolement cellulaire

Le caractère extrême de l'isolement cellulaire et ses effets potentiellement dangereux sur le bien-être physique et mental des détenus qui y sont soumis imposent aux autorités pénitentiaires de n'y recourir qu'avec prudence, même pour de courtes périodes. Par extension, les régimes d'incarcération de longue durée basés entièrement sur l'isolement cellulaire sont contraires à deux des buts essentiels de l'emprisonnement, à savoir la réadaptation et la réinsertion sociale. Le présent chapitre examine les différentes utilisations de l'isolement cellulaire ainsi que quelques-unes des dispositions et recommandations des droits de l'homme qui s'y appliquent. Lorsque les normes et dispositions habituelles des droits de l'homme font défaut, il étudie comment elles peuvent être élaborées et renforcées.

3.1 Quand et pourquoi des détenus sont-ils placés en isolement cellulaire ?

Lorsque des détenus sont placés en isolement cellulaire, que ce soit dans une unité d'isolement autonome conçue spécialement à cet effet ou dans un quartier réservé à l'isolement dans une prison ordinaire, c'est généralement pour l'un des motifs officiels suivants :

Punition : l'isolement disciplinaire est utilisé comme punition en cas de mauvaise conduite de détenus. Il est généralement imposé pour une durée définie, limitée, à la suite d'une audience disciplinaire dans la prison. L'isolement est considéré comme la forme la plus sévère de punition pour les infractions les plus graves commises en prison. L'aménagement des cellules d'isolement est souvent minimal, et les détenus n'ont pas le droit de disposer d'autant de provisions et d'effets personnels que dans des cellules « normales ». Généralement, les détenus placés en isolement disciplinaire ne quittent leur cellule que pour une heure d'exercice quotidien – qu'ils effectuent seul –, mais dans certains systèmes pénitentiaires, l'exercice et les possibilités de visites familiales sont encore plus restreints. La législation de certains pays permet aussi aux tribunaux d'intégrer des périodes d'isolement cellulaire dans la peine qu'ils prononcent pour certains crimes. Au Pérou, par exemple, sous le régime de l'ancien président, Alberto Fujimori, les personnes condamnées pour crimes contre l'État étaient

automatiquement placées en isolement cellulaire pendant la première année de leur incarcération. Au Pakistan, le Code pénal permet que le tribunal condamne les détenus reconnus coupables à une période d'isolement de trois mois maximum au début de leur peine (Code pénal du Pakistan, Loi XLV de 1860).

Protection : l'isolement protecteur est utilisé pour maintenir certains détenus vulnérables à l'écart de la population générale de la prison afin de les protéger, que ce soit à leur propre demande ou si le personnel le juge nécessaire. Les détenus vulnérables peuvent être, par exemple, des délinquants sexuels, des informateurs de la police, d'anciens policiers ou gardiens de prison, des débiteurs, et des détenus risquant de s'automutiler ou auxquels d'autres détenus pourraient s'attaquer. Dans certains systèmes pénitentiaires, ces détenus ont le droit de passer du temps ensemble, alors que dans d'autres ils sont soumis à un régime d'isolement cellulaire strict, identique à celui de l'isolement disciplinaire, pendant toute la durée de leur peine.

Administration de la prison : l'isolement administratif est un outil interne qui sert à isoler des détenus définis comme potentiellement dangereux, perturbateurs ou posant un problème de gestion pour d'autres raisons, par exemple s'ils sont membres de gangs. Le principe est qu'en isolant ce type de détenus, on réduira les risques d'incidents violents dans le système carcéral et l'on maintiendra l'ordre et la discipline dans les prisons. Cette forme d'isolement cellulaire est généralement imposée dans le cadre d'une procédure interne régie par des règles administratives. Dans certains systèmes pénitentiaires, les détenus se voient appliquer des régimes structurés commençant par un isolement cellulaire strict suivi de mesures d'amélioration progressive et de possibilités de frayer avec d'autres détenus, alors que dans d'autres ils sont maintenus à l'isolement strict pendant toute la durée de leur peine. Si l'on a recours à l'isolement en petits groupes, les détenus sont placés dans des cellules individuelles mais ont le droit de se regrouper avec d'autres détenus – entre un et cinq – à certains moments, généralement pendant les périodes d'exercice.

Sécurité nationale : depuis toujours, protéger le public et/ou la sécurité nationale sert à justifier le placement en isolement cellulaire des personnes suspectées ou reconnues coupables de délits d'ordre politique ou de jouer un rôle majeur dans des organisations criminelles

importantes. Le principe consiste à empêcher le détenu d'être en contact avec des groupes « terroristes » ou « subversifs » ou des organisations criminelles en dehors de la prison, ou d'empêcher la diffusion de secrets d'État. En règle générale, les détenus condamnés qui sont placés à l'isolement pour raisons de sécurité nationale sont maintenus dans un isolement cellulaire strict pendant toute la durée de leur peine.

Enquête avant inculpation et jugement : les suspects peuvent être gardés à l'isolement, sans avoir été inculpés, pendant la durée de leur interrogatoire. Dans la plupart des pays, cette garde à vue est limitée par la loi à quelques heures ou quelques jours, mais certains pays se sont maintenant dotés de dispositions prévoyant des durées plus longues. Au Royaume-Uni, par exemple, les personnes suspectées de terrorisme peuvent être détenues sans inculpation pendant un maximum de 28 jours et, si un projet de loi présenté par le gouvernement est adopté sous sa forme actuelle, cette durée pourrait être étendue à 42 jours. Faisant valoir que la disposition actuelle autorisant 28 jours est déjà controversée, des critiques ont demandé que cette proposition soit abandonnée. Les personnes en détention provisoire, en particulier celles qui sont inculpées de crimes contre l'État, sont, elles aussi, souvent gardées à l'isolement pendant la procédure d'enquête ou d'interrogatoire. Dans certains pays, notamment scandinaves, il arrive aussi que les suspects dans les affaires criminelles soient mis à l'isolement en attendant l'instruction. Le but visé est alors d'empêcher le détenu de compromettre l'enquête. Dans certains cas, les détenus sont mis à l'isolement sans avoir accès à un avocat. Cette forme de détention « au secret » peut être illégale au regard du droit international et fait l'objet de dispositions spéciales³³.

Absence d'autres solutions institutionnelles : il arrive aussi parfois que des détenus soient placés en isolement cellulaire parce qu'il n'y a pas d'autre structure appropriée qui puisse les accueillir. Ainsi, des détenus atteints de maladies mentales peuvent être mis à l'isolement parce qu'on manque de lits d'hôpital sécurisés pour eux. Ces détenus ne représentent pas nécessairement un danger pour autrui ou pour eux-mêmes, mais ils sont vulnérables aux abus et leur comportement peut perturber ou déstabiliser d'autres détenus ainsi que le personnel carcéral. Des détenus peuvent aussi être placés dans un quartier d'isolement lorsqu'une prison est surpeuplée, en attendant qu'une place se libère dans une structure correspondant à leur classement en termes de sécurité.

Dans les pays qui appliquent encore la peine de mort et dans ceux où elle n'a été abolie que récemment, les détenus du couloir de la mort sont souvent en isolement cellulaire strict. Enfin, des détenus peuvent aussi être mis en isolement cellulaire *de facto* – restant parfois enfermés dans des cellules individuelles en raison, par exemple, d'une pénurie de personnel. Ainsi, dans un rapport récent de l'Inspecteur en chef des prisons d'Angleterre et du pays de Galles, 30 % des détenus sur lesquels portait une enquête dans les prisons locales en 2006-2007 (dont certains étaient détenus dans des cellules individuelles) ont déclaré qu'ils ne pouvaient sortir de leur cellule que moins de deux heures par jour (HMCIIP Thematic Report, *Time out of Cell*, 6 juin 2008).

Étude de cas : isolement cellulaire en Angleterre et au Pays de Galles

Les détenus peuvent être maintenus en isolement cellulaire entre 22 et 24 heures par jour dans les circonstances énumérées ci-dessous.

- En garde à vue, où ils seront toujours placés dans une cellule individuelle. La plupart des détenus en garde à vue sont relâchés dans les 24 heures, mais certains peuvent être détenus plus longtemps pour interrogatoire. Il faut pour cela une autorisation délivrée par l'officier de police le plus gradé du commissariat et confirmée toutes les neuf heures jusqu'à 72 heures. À partir de 72 heures, l'autorisation de poursuivre la garde à vue doit être délivrée par un tribunal. Les personnes suspectées de terrorisme peuvent être maintenues en garde à vue un maximum de 28 jours.
- S'ils sont placés à l'isolement pour la nuit la veille de leur jugement (auquel cas leur isolement ne peut pas dépasser 24 heures).
- Si une mesure d'isolement cellulaire est prononcée à titre de sanction, auquel cas l'isolement ne pourra pas durer plus de 14 jours pour les détenus mineurs ou 28 jours pour les détenus adultes.
- S'ils sont placés à l'isolement pour préserver l'ordre ou la discipline dans la prison ou pour leur propre protection, auquel cas la durée de la mesure n'est pas limitée. En pareil cas, la décision de mise à l'isolement est réexaminée sur place au bout de 72 heures, puis chaque semaine.
- S'ils sont détenus dans le système de surveillance rapprochée (Close Supervision System, CSC) avec un régime restreint, auquel cas ils ont des activités en cellule et bénéficient d'une attention soutenue du personnel, et leur situation fait l'objet d'un suivi local et d'un encadrement permanent par le comité de sélection du CSC au sein de la Direction de la haute sécurité (High Security Directorate).
- Lorsqu'un détenu du CSC est transféré à un quartier d'isolement cellulaire dans une prison de haute sécurité et placé dans une cellule réservée au CSC ou une cellule de haute surveillance * pour une période de *time-out*, auquel cas leur situation fait l'objet d'un encadrement permanent par le comité de sélection du CSC au sein de la Direction de la haute sécurité, mais, dans la pratique, de peu de suivi local.

-Lorsqu'un détenu qui a des problèmes de santé mentale est placé dans une cellule individuelle à l'hôpital de la prison, et pris en charge par le personnel de santé.

*Dans une cellule de haute surveillance, la porte est munie d'un guichet qui permet de passer la nourriture et d'autres provisions au détenu sans qu'on doive ouvrir.

3.2. Le placement en isolement cellulaire : garanties de procédure, et dispositions et recommandations spéciales concernant l'isolement de certaines catégories de détenus

L'isolement cellulaire étant une mesure sévère qui peut avoir des conséquences délétères pour le détenu, la décision de mise à l'isolement, qu'il s'agisse d'une sanction de courte durée, d'une mesure administrative de plus longue durée ou de la protection du détenu, ne doit pas être prise à la légère ni de façon arbitraire. Elle doit en principe toujours être prise par un organe compétent, conformément à la loi et en respectant les exigences de régularité de la procédure. L'autorité qui prend la décision doit justifier celle-ci par écrit, et en être tenue responsable. Elle ne devrait pas être le médecin de la prison, et celui-ci ne devrait pas non plus délivrer de certificat déclarant le détenu « apte à l'isolement » (cette question est examinée plus en détail au chapitre 5). Une autre garantie importante, lorsque l'isolement cellulaire est imposé, est de veiller à ce que la décision d'isoler un détenu, ou de poursuivre son isolement, soit réexaminée attentivement et régulièrement par un organe indépendant, et que le détenu ait le droit de recourir contre la décision.

De telles révisions devraient toujours être basées sur une évaluation permanente du détenu par un personnel spécifiquement formé à une telle évaluation. De plus, les détenus devraient, dans toute la mesure du possible, être tenus pleinement informés des motifs de leur placement et, le cas échéant, de son renouvellement ; ceci leur permettra notamment de faire un usage effectif des voies de recours contre cette mesure. [CPT, 11^e Rapport général, CPT/Inf (2001) 16, par. 32].

Les audiences de réexamen: exemple de bonne pratique

Au Close Supervision Centre de la prison de Woodhill (Royaume-Uni), où certains des détenus considérés comme les plus difficiles du système pénitentiaire sont placés en isolement cellulaire, ce placement est réexaminé chaque mois, et les représentants légaux du détenu sont invités à assister aux audiences de réexamen de la situation de leur client.

Les exigences et garanties générales de procédure exposées plus haut s'appliquent à la décision de placer un détenu en isolement cellulaire quelle qu'en soit la raison. En outre, certaines questions spécifiques se posent en ce qui concerne des catégories particulières de détenus placés en isolement cellulaire.

L'isolement disciplinaire

L'isolement punitif ou disciplinaire est la sanction la plus sévère qui puisse être infligée aux détenus. À ce titre, il devrait être réservé aux infractions les plus graves commises dans la prison et être proportionnel à la gravité de la faute. Il ne doit être imposé qu'en dernier recours et pour une durée aussi brève que possible, se comptant en jours plutôt qu'en semaines ou en mois.

La règle 30 de l'Ensemble de règles minima précise ce qui suit :

2) Aucun détenu ne peut être puni sans être informé de l'infraction qu'on lui reproche et sans qu'il ait eu l'occasion de présenter sa défense. L'autorité compétente doit procéder à un examen complet du cas.

L'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme, qui garantit le droit à un procès équitable, donne des précisions sur certaines des garanties nécessaires :

1. Toute personne a droit à ce que sa cause soit entendue équitablement, publiquement et dans un délai raisonnable, par un tribunal indépendant et impartial, établi par la loi, qui décidera, soit des contestations sur ses droits et obligations de caractère civil, soit du bien-fondé de toute accusation en matière pénale dirigée contre elle. [...]

3. Tout accusé a droit notamment à :

a. être informé, dans le plus court délai, dans une langue qu'il comprend et d'une manière détaillée, de la nature et de la cause de l'accusation portée contre lui ;

b. disposer du temps et des facilités nécessaires à la préparation de sa défense ;

c. se défendre lui-même ou avoir l'assistance d'un défenseur de son choix [...];

d. interroger [...] les témoins à charge [...];

e. se faire assister gratuitement d'un interprète, s'il ne comprend pas ou ne parle pas la langue employée à l'audience.

Il a été établi que ces protections s'appliquent aussi aux jugements pour infractions à la discipline carcérale, surtout lorsque le détenu se voit infliger une peine sévère³⁴.

Personnes en détention provisoire et en garde à vue

La mise à l'isolement d'une personne qui n'a encore été jugée coupable d'aucun crime est particulièrement problématique, car elle inflige une mesure punitive et potentiellement nocive à quelqu'un qui est réputé innocent jusqu'à ce que sa culpabilité ait été établie, et elle constitue un moyen de contrainte.

En général, outre le fait qu'elles sont maintenues à l'écart des autres, les personnes en détention provisoire avant leur procès sont soumises à des restrictions supplémentaires en matière de visites et de communication avec le monde extérieur. Au Danemark et en Norvège, par exemple, elles peuvent être maintenues à l'isolement jusqu'à trois mois (ou indéfiniment, si le crime dont elles sont accusées est punissable d'une peine de prison de plus de six ans en cas de condamnation), n'avoir droit qu'à des visites hebdomadaires de 30 minutes sous surveillance, avoir l'interdiction de téléphoner, et voir leur communications restreintes ou refusées. De telles pratiques sont l'objet de préoccupations et de critiques de la part d'organismes de surveillance internationaux et régionaux. Le Comité des droits de l'homme des Nations Unies, par exemple, s'est déclaré « *particulièrement préoccupé par le large recours au placement en isolement cellulaire des personnes incarcérées [...] et plus particulièrement des personnes détenues avant jugement et condamnation* » et a appelé le gouvernement du Danemark à « *réexaminer la pratique de l'isolement cellulaire et veiller à ce qu'il ne soit imposé qu'en cas d'extrême nécessité*³⁵ ».

Au fil des années, en se fondant sur ses visites de lieux de détention en Europe, le Comité pour la prévention de la torture a élaboré les garanties suivantes concernant l'isolement des personnes en détention provisoire³⁶:

- il ne devrait être recouru à l'isolement cellulaire des personnes en détention provisoire que dans des circonstances exceptionnelles, et dans une mesure strictement limitée aux exigences de l'espèce et proportionnelle aux besoins de l'enquête ;
- les restrictions devraient être autorisées par un tribunal ;
- les détenus devraient avoir le droit effectif de faire appel auprès d'un tribunal ou d'un autre organe indépendant ;
- les détenus devraient avoir accès à un médecin, dont le rapport écrit devrait être transmis aux autorités compétentes ;
- des activités motivantes devraient être proposées aux détenus, outre l'exercice en plein air, et des contacts humains appropriés devraient leur être garantis.

Ces garanties représentent le minimum qui devrait être appliqué dans tous les cas. Le placement à l'isolement des personnes en détention provisoire peut aussi les mettre sous

pression et les inciter à faire des aveux afin d'alléger leurs conditions d'incarcération. Le CPT a indiqué qu'au Danemark, par exemple, il n'était pas inhabituel que des aveux de détenus soient immédiatement suivis de la levée des mesures d'isolement cellulaire touchant ces détenus³⁷. Ceci représente une forme de coercition qui, comme cela est précisé dans l'introduction, devrait être interdite.

Le recours à l'isolement cellulaire pour des personnes qui n'ont pas encore été inculpées doit être strictement limité par la loi et réservé à des circonstances exceptionnelles, sous supervision judiciaire et pour une durée aussi courte que possible, ne dépassant jamais quelques jours. Quant à l'utilisation abusive de l'isolement cellulaire dans des centres de détention secrets – notamment ceux qui sont liés à la fameuse « guerre contre le terrorisme » – en tant que moyen de contraindre ou d'« assouplir » les détenus à des fins d'interrogatoire, elle devrait être interdite. En effet, infliger délibérément des souffrances physiques et mentales dans un tel but constitue un traitement cruel, inhumain ou dégradant, voire de la torture.

Les malades mentaux

Observateurs, experts et, de plus en plus, tribunaux s'accordent à estimer que les détenus atteints de maladies mentales et ceux qui risquent de s'automutiler ne devraient pas être placés en isolement cellulaire. *« Les personnes déjà atteintes de maladies mentales, ainsi que les personnes présentant des troubles de la personnalité de type limite, des lésions cérébrales ou un retard mental, une personnalité de type impulsif, ou des antécédents de problèmes psychiatriques ou de dépression chronique [...] Mettre ces détenus à l'isolement est l'équivalent mental de placer un asthmatique dans un lieu où l'on manque d'air »* (arrêt *Madrid c. Gomez*, 1995. Traduction non officielle). Pourtant, les rapports indiquent que le recours à l'isolement pour gérer des détenus atteints de maladies mentales est largement répandu, et que cette catégorie de détenus est surreprésentée dans les quartiers d'isolement³⁸.

En raison de la vulnérabilité spéciale des détenus atteints de maladies mentales, les autorités carcérales doivent être particulièrement attentives à la façon dont ils sont traités. La Commission interaméricaine des droits de l'homme a déclaré que *« ... quand la personne maintenue à l'isolement dans un établissement pénitentiaire souffre d'une incapacité mentale, ce régime pourrait constituer une violation encore plus grave de l'obligation qui incombe à l'État de protéger la santé physique, mentale et morale des personnes détenues sous sa juridiction³⁹ »*. Ainsi, les personnes souffrant de maladies mentales ne doivent pas être placés à l'isolement

cellulaire, et en aucun cas le recours à l'isolement ne devrait remplacer des soins mentaux appropriés.

Détenus difficiles, dangereux ou perturbateurs

Comme nous l'avons vu plus haut, dans certains pays les détenus qui sont classés dangereux ou chroniquement perturbateurs sont placés en isolement cellulaire de longue durée – mesure prise au titre de la gestion de la prison. La pratique consistant à « isoler le risque », comme l'a nommée un observateur (Riveland, 1999), est abondamment critiquée. Les prisons de sécurité maximale aux États-Unis, par exemple, ont été critiquées par les tribunaux, le Comité des droits de l'homme des Nations Unies, le Comité contre la torture et le Rapporteur spécial des Nations Unies sur la torture. Tous ont déclaré que le régime d'isolement pratiqué dans ces prisons peut être assimilé à un traitement cruel, inhumain ou dégradant constituant une violation du droit international des droits de l'homme. La Cour européenne des droits de l'homme et le Comité européen pour la prévention de la torture ont exprimé des préoccupations similaires au sujet des régimes de « sécurité spéciale » imposés aux détenus dans plusieurs États européens. À propos de l'isolement dans l'Unité de sécurité renforcée (EBI) aux Pays-Bas, le CPT a déclaré dans son rapport sur sa visite dans ce pays en 1997 [CPT/Inf (98) 15] que le fait de soumettre à de telles mesures des détenus classés dangereux risquait de les rendre encore plus dangereux, et la Cour européenne a déclaré à plusieurs occasions qu'elle avait la même préoccupation (par exemple, *Mathew c. Pays-Bas*, 2005).

Au sujet de l'utilisation d'unités de « sécurité renforcée » pour l'incarcération de détenus dangereux, le Comité des ministres du Conseil de l'Europe a recommandé aux gouvernements des États membres⁴⁰:

1. d'appliquer, dans toute la mesure du possible, la réglementation pénitentiaire générale aux détenus dangereux ;
2. de mettre en œuvre les mesures de sécurité uniquement dans les limites où elles s'imposent ;
3. d'exécuter les mesures de sécurité dans le respect de la dignité humaine et des droits de l'homme ;
4. de s'assurer que les mesures de sécurité soient adaptées aux exigences, qui sont susceptibles de changer, des différentes catégories de dangerosité ;
5. de contrebalancer, dans toute la mesure du possible, les éventuels effets négatifs des conditions de détention de sécurité renforcée ;
6. d'accorder toute l'attention nécessaire aux problèmes de santé qui pourraient résulter des conditions de détention de sécurité renforcée ;
7. de prévoir instruction, formation professionnelle, travail pénal, loisirs et autres activités, dans la mesure où la sécurité le permet ;

8. d'établir une procédure de révision régulière en vue de s'assurer que la durée de la détention de sécurité renforcée et le degré de sécurité n'excèdent pas les besoins ;
9. de faire en sorte que, là où elles existent, les unités de sécurité renforcée comprennent un nombre approprié de places et de personnel ainsi que tous les moyens nécessaires ;
10. d'assurer une formation et une information adéquates du personnel de tous les niveaux concerné par la détention et le traitement des détenus dangereux.

Il vaut également la peine de relever que, selon certaines études, l'isolement cellulaire n'est pas un moyen efficace de gérer les détenus considérés comme « problématiques » ou « difficiles », et peut même être contre-productif. L'une d'elles, portant sur les « unités pour détenus incorrigibles » de Caroline du Nord à la fin des années 1950, où les détenus étaient soumis à un régime d'isolement cellulaire strict et de longue durée, concluait que « *l'unité pour détenus incorrigibles avait probablement dans l'ensemble pour impact global, dans la pratique pénale, d'intensifier les tendances aux attitudes et comportements criminels* » (McCleery, 1961:306). D'autres ont déterminé que les régimes d'isolement jouaient un rôle décisif dans la survenue d'émeutes dans les prisons. Une analyse des événements qui avaient conduit à l'émeute de 1980 dans la prison centrale du Nouveau-Mexique (États-Unis), par exemple, imputait celle-ci directement à la stratégie consistant à mettre les meneurs de la prison à l'isolement, ce qui avait entraîné une fragmentation de la solidarité entre détenus et, par voie de conséquence, une violence croissante. Une étude portant sur « l'ordre et la discipline » dans les prisons d'Angleterre et du Pays de Galles concluait : « *imposer des restrictions matérielles supplémentaires, surtout sévères, entraînera presque certainement un déficit de légitimité, lequel risque fort, en définitive, d'engendrer une intensification de la violence* » (Bottoms, 1999:263).

Des conclusions similaires se dégagent en ce qui concerne la mise à l'isolement des membres de gangs. Selon une étude, la politique consistant à placer ces détenus en isolement cellulaire dans les unités de haute sécurité californiennes avait eu pour effet d'accroître l'activité des gangs, car « *les efforts des autorités pénitentiaires pour empêcher [leur] progression avait malencontreusement créé, au sein de la population carcérale, un vide dans lequel se formaient de nouveaux groupements de détenus* » (Hunt et al., 1993:403). Les luttes pour le pouvoir entre ces nouveaux groupements s'étaient traduites par des meurtres attribuables aux gangs dans les prisons ordinaires (Parenti, 1999:209). Les données sur la violence dans les établissements pénitentiaires avant et après la création d'unités de sécurité maximale (« *supermax* ») indiquent elles aussi que l'isolement des détenus classés dangereux ou perturbateurs n'avait pas entraîné de réduction de la violence dans les prisons ordinaires⁴¹.

Pour résumer, si l'isolement cellulaire peut être un moyen commode de gérer à court terme les prisonniers difficiles, il n'est pas efficace à long terme et peut même s'avérer contre-productif. De plus, comme nous l'avons vu au chapitre 2, un isolement cellulaire prolongé peut avoir des effets très graves sur la santé de la personne concernée, et risqué même de compromettre ses chances de réussir sa réinsertion sociale. Il ne faut donc épargner aucun effort pour inverser la tendance à recourir à des prisons de sécurité maximale et autres régimes similaires entièrement fondés sur l'isolement cellulaire. Lorsqu'il est absolument nécessaire de garder quelques détenus extrêmement dangereux séparés des autres, il faudrait évaluer régulièrement la nécessité de les maintenir à l'isolement, et ils devraient pouvoir disposer de davantage de provisions en cellule, avoir accès aux programmes, avoir des possibilités de véritables contacts humains, et ainsi de suite.

3.3 Position et jurisprudence des droits de l'homme concernant le placement de détenus en isolement cellulaire

Les effets potentiellement dangereux de l'isolement cellulaire sont reconnus par les organismes des droits de l'homme, lesquels considèrent ce régime carcéral comme une pratique pernicieuse qui ne peut se justifier que dans des cas extrêmes⁴², ne doit être utilisée que pour la durée la plus brève possible⁴³, et, dans certaines circonstances, peut constituer une violation du droit international.

Le Comité des droits de l'homme a exprimé l'avis suivant :

« *l'isolement cellulaire est une peine sévère entraînant de graves conséquences psychologiques qui ne se justifie qu'en cas d'extrême nécessité ; le recours au placement en isolement cellulaire hormis dans des circonstances exceptionnelles et pour des périodes limitées est contraire au paragraphe 1 de l'article 10 du Pacte⁴⁴* » et peut s'apparenter aux actes interdits par l'article 7 (torture et peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants)⁴⁵.

Le Comité des Nations Unies contre la torture critique les pratiques d'isolement cellulaire de longue durée, et a déclaré qu'elles peuvent s'apparenter à un traitement constituant une violation de l'interdiction de la torture ou des traitements inhumains. Ainsi, il s'est dit gravement préoccupé par l'isolement strict et de longue durée pratiqué dans les prisons de sécurité maximale aux États-Unis (CAT, 2000) ; le fait que le placement en isolement cellulaire

ne soit pas limité dans le temps, et le nombre de détenus maintenus à l'isolement pendant plus de dix ans au Japon (CAT, 2007), et l'isolement des personnes en détention provisoire au Danemark et en Norvège (CAT, 2002).

Un rapport conjoint soumis par plusieurs rapporteurs des Nations Unies sur la situation des personnes détenues par les forces américaines à Guantánamo Bay constatait : « [...]les conditions générales de détention, en particulier l'incertitude concernant la durée de la détention et l'isolement prolongé, représentent un traitement inhumain et une violation du droit à la santé de même qu'une violation du droit des détenus d'être traités avec humanité et avec le respect de la dignité inhérente à l'être humain consacré au paragraphe 1 de l'article 10 du Pacte » (rapport à la Commission des droits de l'homme des Nations Unies, 62^e session, 27 février 2006, E/CN.4/2006/120).

Le Comité européen pour la prévention de la torture a estimé que l'isolement cellulaire, pour quelque motif que ce soit, exigeait une attention particulière. Lorsqu'un cas est évalué,

[I]e principe de proportionnalité demande à ce qu'un équilibre soit trouvé entre les exigences de la cause et la mise en œuvre du régime d'isolement, qui est une mesure pouvant avoir des conséquences très néfastes pour la personne concernée⁴⁶.

Les motifs que la Cour européenne des droits de l'homme a acceptés comme justifiant l'isolement cellulaire ont été notamment le comportement extrêmement dangereux du détenu⁴⁷, l'« aptitude du détenu à manipuler les situations et à encourager d'autres détenus à commettre des actes d'indiscipline »⁴⁸ et la sécurité du détenu⁴⁹. La situation générale concernant le climat de terrorisme à l'époque a également été considérée comme justifiant des mesures de sécurité sévères, y compris l'isolement cellulaire⁵⁰. Dix ans plus tard, en 1992, la Cour avait un point de vue plus strict lorsqu'elle déclarait : « les indéniables difficultés de la lutte contre la criminalité, notamment en matière de terrorisme, ne sauraient conduire à limiter la protection due à l'intégrité physique de la personne⁵¹ ». Cette protection ne dépend pas de la conduite de la personne concernée : « La Cour est parfaitement consciente des énormes difficultés que rencontrent à notre époque les États pour protéger leur population de la violence terroriste. Cependant, même en tenant compte de ces facteurs, la Convention prohibe en termes absolus la torture ou les peines ou traitements inhumains ou dégradants, quels que soient les agissements de la victime⁵² ». Dans une affaire plus récente, si la Cour a réaffirmé que

l'interdiction absolue de la torture et des traitements inhumains ou dégradants s'appliquait « même dans les circonstances les plus difficiles, telle la lutte contre le terrorisme et le crime organisé », et que l'isolement cellulaire ne devait jamais être imposé aux détenus pour une durée indéfinie, elle a conclu que le fait de maintenir en isolement cellulaire pendant huit ans et deux mois un homme qui « était à l'époque considéré comme le terroriste le plus dangereux dans le monde » ne constituait pas une violation de l'article 3 de la Convention européenne⁵³.

Toutefois, si la Cour accepte qu'un isolement cellulaire prolongé puisse être justifié dans des cas exceptionnels, en particulier lorsqu'il y a délit contre l'État, telle n'est pas sa position en général

. Ainsi, elle n'a pas accepté comme un motif suffisant le fait qu'un détenu ait été placé en isolement cellulaire parce qu'il ne pouvait pas s'adapter à un régime carcéral ordinaire, et a conclu à un traitement inhumain violant l'article 3⁵⁴. La Cour a également conclu à une violation de l'article 3 lorsqu'un régime d'isolement cellulaire strict a été imposé pendant plus de trois ans à un ancien détenu du couloir de la mort, alors que « le gouvernement n'a pas invoqué de raison de sécurité particulière... et n'a pas mentionné pourquoi il n'était pas possible de modifier le régime⁵⁵ ».

Par conséquent, s'il est généralement accepté que, dans le cadre carcéral, un isolement cellulaire de courte durée peut parfois s'avérer nécessaire, le recours à ce régime est subordonné à un examen attentif qui permette de vérifier s'il est légitime et absolument nécessaire en l'espèce. Une fois qu'il est établi que le placement d'un détenu à l'isolement est conforme aux exigences de procédure régulière et vise un but légitime, les conditions matérielles et le régime réservés aux détenus à l'isolement sont examinés. Ces éléments sont traités au chapitre suivant.

POINTS ESSENTIELS

- La décision de placer un détenu en isolement cellulaire, pour quelque raison que ce soit, doit toujours être prise par un organisme compétent et en respectant les exigences de régularité de la procédure, y compris le droit de recourir contre la décision.
- Lorsque l'isolement cellulaire est utilisé à titre de sanction disciplinaire, ce ne doit être qu'en dernier recours et pour la durée la plus brève possible, au maximum quelques jours.
- Veiller à ce que le processus de mise à l'isolement de détenus soit transparente et respecte les exigences de régularité de la procédure permet non seulement de garantir que la décision soit prise en toute légalité et de façon professionnelle, mais contribue

également à ce que les détenus considèrent leur isolement comme légitime et équitable – ce qui, par voie de conséquence, aura un effet positif sur leur comportement.

- Le recours à un isolement cellulaire prolongé pour gérer des détenus est rarement justifié, et seulement dans les cas les plus extrêmes.
- L'isolement cellulaire est un outil inapproprié pour la gestion à long terme des détenus difficiles, et peut s'avérer contre-productif.
- Les détenus atteints de maladies mentales ne doivent pas être placés en isolement cellulaire, et en aucune circonstance le recours à cet isolement ne saurait servir de substitut à des soins de santé mentale appropriés.
- Le recours à l'isolement cellulaire pour des personnes en garde à vue ou en détention provisoire doit être strictement limité par la loi, et ne devrait intervenir que dans des circonstances exceptionnelles, sous supervision judiciaire et pour une durée aussi brève que possible, ne dépassant pas quelques jours.
- L'utilisation de l'isolement cellulaire en tant que moyen de contrainte ou pour « assouplir » des détenus en vue de leur interrogatoire devrait être interdite.
- L'isolement cellulaire ne devrait jamais être imposé pour une période indéfinie, et les détenus devraient en connaître à l'avance la durée.

Notes

³³ La détention au secret signifie que la personne est détenue sans avoir accès à un avocat, à un médecin ou à des membres de sa famille. Le Rapporteur spécial des Nations Unies sur la torture a proposé que cette forme de détention soit déclarée illégale, car elle « *est le facteur déterminant permettant d'établir si un individu est exposé ou non au risque de torture* » et a appelé les États à libérer sans délai toutes les personnes détenues au secret (Rapport sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, soumis par le Rapporteur spécial de la Commission des droits de l'homme (1999), doc. des NU A/54/426, par. 42 ; également du Rapporteur spécial sur la torture, rapport E/CN.4/1995/34, par. 926). Des résolutions successives de la Commission des droits de l'homme des Nations unies ont réaffirmé cette position et déclaré qu'une détention au secret prolongée peut en elle-même constituer une forme de traitement cruel, inhumain ou dégradant (voir par exemple les résolutions 1997/38, 1998/37 et 1999/32 de la Commission). Le Comité des droits de l'homme des Nations Unies a demandé aux États de prendre des dispositions contre la détention au secret (Observation générale n° 20) et, lors de l'examen de certaines affaires comportant des périodes de détention au secret de durée variable, a conclu à une violation des articles 10 et/ou 7 du PIDCP (dans de nombreux cas, la détention au secret était accompagnée d'autres privations. Voir, par exemple : *de Polay c. Pérou* (1997), communication 577/1994, doc. des NU CCPR/C/61/D/577/1994, 9 janvier 1998 ; *Mukong c. Cameroun* (1994), communication 458/1991, doc. des NU CCPR/C/51/D/458/1991, 10 août 1994; *Gilboa c. Uruguay* (1985), communication 147/1983, constatations adoptées le 1^{er} novembre 1985. La Cour européenne des droits de l'homme a conclu à une violation de la protection prévue par l'article 6 lorsque des détenus ont été maintenus au secret pendant 24 heures dans un cas et 48 heures dans un autre (*Averill v. UK*, ECHR 212, [2001] 31 EHRR 36 ; *John Murray v. UK*, ECHR 3, [1996] 22 EHRR 29). La Cour interaméricaine des droits de l'homme a conclu à une violation de l'interdiction de la torture et des traitements inhumains ou dégradants lorsqu'un détenu a été maintenu au secret 36 jours, et a déclaré que cette forme de

détention, en elle-même, pouvait constituer une violation du droit des droits de l'homme (*Castillo Petruzzi et al. v. Peru*, arrêt du 30 mai 1999).

³⁴ *Ezeh and Connors v. UK*, jugement du 9/10/2003, (violation de l'article 6.3) ; *Whitfield and others v. UK.*, jugement du 12/7/2005 (violation de l'article 6.1) et 6.3)c .)

³⁵ Comité des droits de l'homme, observations finales Danemark, CCPR/CO/70/DNK, 31 octobre 2000, par. 12.

³⁶ Voir les rapports du CPT, en particulier les rapports sur le Danemark (1991 par. 29 ; 1997 ; 2001) ; la Norvège (1994 ; 1996 ; 2006) ; la Suède (1995 par. 19-27).

³⁷ CPT/Inf (2002) 18, par. 39.

³⁸ Au Royaume-Uni, par exemple, voir : Dora Rickford and Kimmett Edgar, *Troubled Inside: Responding the Mental Health Needs of Men in Prison*, Prison Reform Trust, 2005, en particulier le chapitre 5 ; voir aussi le rapport du HMCIP, *The Mental Health of Prisoners, A thematic review of the care and support of prisoners with mental health needs*, October 2007. Aux États-Unis, voir : The Commission on Safety and Abuse in America's Prisons: *Confronting Confinement*, June 2006. Voir aussi Penal Reform International (2003) Manuel de formation n° 1 : *Droits humains et détenus vulnérables*.

³⁹ *Victor Rosario Congo v. Ecuador*, affaire 11.427, rapport n° 63/99, CIDH, OEA/Ser.L/V/II.95 Doc. 7 rev. (1998), 13 avril 1999, par. 58. [Extrait traduit par nos soins]. Voir aussi les affaires de la Cour européenne citées plus bas.

⁴⁰ Recommandation n° R (82) 17 relative à la détention et au traitement des détenus dangereux.

⁴¹ Shalev, S. (2007). "The power to classify: avenues into a supermax prison" in: Downes, D., Rock, P., Chinkin, C. and Gearty, C. (Eds.) *Crime, Social Control and Human Rights: From moral panics to states of denial*, Devon: Willan Publishing, p. 107-119. Voir aussi Briggs *et al.* (2003) "The effects of supermaximum security prisons on aggregate levels of institutional violence", *Criminology*, Vol.41 (4) p. 1341-1376.

⁴² Voir par exemple Commission EDH, requêtes n° 7572/76 et s., *Ensslin, Baader et Raspe c. R.F.A.*, décision du 8 juillet 1978, *Décisions et rapports (DR)* n° 14, p. 64 et s. ; *X c. RFA*, requête 6038/73, *Rec.* 44 (1973).

⁴³ *Mathew c. Pays-Bas*, requête n° 24919/03, arrêt du 29 septembre 2005, par. 199. Voir aussi le 2^e rapport général d'activités du CPT, CPT/Inf (92)3, par. 56.

⁴⁴ Comité des droits de l'homme, Observations finales sur le Danemark, CCPR/CO/70/DNK, 31 octobre 2000.

⁴⁵ Comité des droits de l'homme, Observation générale n° 21 (44), 6 avril 1992.

⁴⁶ CPT, 2^e Rapport général, 1992, par. 56.

⁴⁷ *M v UK*, requête 9907/82 *DR* 35 (1983).

⁴⁸ *X v UK*, requête 8324/78, non publiée. [Extrait traduit par nos soins]

⁴⁹ *X v UK*, requête 8241/78, non publiée.

⁵⁰ *Kröcher et Möller c. la Suisse*, requête n°8463/78, *DR* 34 (1982) p. 54.

⁵¹ *Tomasi c. France*, 27 août 1992, série A 241-A, p. 42, par. 115.

⁵² *Chahl v. The UK*, arrêt du 15 novembre 1996, par. 79

⁵³ *Ramirez Sanchez c. la France*, requête n° 59450/00, arrêt du 27 janvier 2005. L'affaire *Ramirez* est tout à fait inhabituelle. Non seulement il s'agissait d'un détenu dont on avait beaucoup parlé, mais ses conditions d'isolement étaient relativement confortables, il avait des contacts fréquents avec des personnes extérieures à la prison et il était apparemment en bonne santé physique et mentale. Pour prendre sa décision, la Cour a tenu le plus grand compte de ces facteurs ainsi que du fait que le détenu avait ensuite été sorti de l'isolement cellulaire et placé dans un quartier ordinaire de la prison.

⁵⁴ *Mathew c. Pays-Bas*, requête n° 24919/03, arrêt du 29 septembre 2005.

⁵⁵ *Iorgov v. Bulgarie*, n° 00040653/98 (2004) ECHR 113 (2005) 40 EHRR 7, ECtHR 185 par. 84. [Traduction française non officielle]

4. Configuration des locaux, conditions matérielles et régime de détention dans les unités d'isolement cellulaire

4.1 Introduction

La configuration des locaux et l'équipement d'une prison – y compris les matériaux de construction, les couleurs et les mécanismes de surveillance – ont une grande influence sur la façon dont la prison est gérée, sur le régime carcéral, sur le vécu quotidien des détenus et du personnel et sur les relations qui s'instaurent entre eux. La configuration spécifique de toute prison est déterminée par de nombreux facteurs tels que l'âge de l'établissement, sa taille, ses budgets de construction et de fonctionnement, son énoncé de mission, ainsi que les politiques et attitudes pénales et les théories de gestion en vigueur à l'époque. Par extension, la configuration des quartiers d'isolement varie considérablement, non seulement d'un État à l'autre, mais aussi au sein du même système pénitentiaire, réservant aux détenus des niveaux différents d'interaction sociale, de stimulation sensorielle, de confort et de respect de la vie privée, entre autres.

Si la conception architecturale des quartiers d'isolement et des cellules varie selon les prisons et les pays, elle comporte néanmoins certaines caractéristiques communes, notamment : situation dans un secteur distinct ou isolé de la prison ; absence de fenêtres, ou fenêtres petites ou partiellement couvertes ; air confiné ; apparence austère et couleurs ternes ; mobilier en carton durci ou autre matériau sans danger, et boulonné au sol ; cages ou cours de promenade de petite taille et nues. Il en résulte un environnement oppressant et monotone, qui a des répercussions sur la santé à la fois des détenus et, dans une certaine mesure, du personnel qui travaille dans ces quartiers. Ces effets sont encore aggravés par le manque de possibilités d'activités sociales, professionnelles et récréatives qui caractérise également ces structures.

Pour les quartiers d'isolement construits récemment, il semble qu'on ait adopté la configuration en « petites grappes », groupements de six ou huit cellules individuelles disposées autour d'une salle de contrôle centrale depuis laquelle s'exerce la supervision des détenus. Cette structure est conçue pour accroître la surveillance, permettre un isolement cellulaire prolongé et réduire au minimum le contact entre les détenus et le personnel. Chaque cellule est entièrement équipée, avec toilettes et lavabo. D'autres mesures, telles que l'aménagement de guichets dans les portes pour passer la nourriture, visent à ce que la plupart

des services puissent être fournis à l'intérieur des cellules, ce qui permet de réduire les déplacements des détenus à l'intérieur et à l'extérieur de l'unité. En général, les conditions matérielles sont meilleures dans les nouvelles unités d'isolement spécialisées que dans les quartiers d'isolement des prisons plus anciennes, qui n'avaient pas été conçus pour un isolement cellulaire prolongé. En revanche, comme, dans ces nouvelles unités spécialisées, la plupart des services peuvent être fournis en cellule ou devant la cellule, les détenus ont encore moins de stimulation et de possibilités d'interaction que dans les anciens quartiers d'isolement. Dans certaines des unités d'isolement récemment construites, les cellules sont insonorisées et/ou sans fenêtre, ce qui diminue encore la stimulation sensorielle.

Il existe un lien étroit entre la configuration d'une prison et son régime. Ensemble, ces deux facteurs ont une influence considérable sur ce que vivent les détenus en prison et sur leur bien-être. Nous examinerons dans la section suivante les normes internationales régissant les conditions et le régime de détention, en particulier dans les unités d'isolement cellulaire.

4.2 Normes internationales relatives aux conditions et au régime de détention

Plusieurs instruments des droits de l'homme énoncent les principes directeurs et normes minimales relatifs à un traitement humain des détenus. Le fonctionnement quotidien des prisons est régi par la législation nationale et par des règlements pénitentiaires qui comprennent des dispositions pratiques détaillées, mais il doit, dans tous les cas, être conforme à un dispositif plus global : les normes internationales des droits de l'homme qui prescrivent que les détenus doivent être traités avec humanité et détenus dans un cadre hygiénique et sain. De fait, les organismes de surveillance et les tribunaux accordent une attention particulière aux conditions matérielles de détention, et seront plus enclins à conclure à une violation du droit des droits de l'homme lorsque ces conditions ne respectent pas les normes minimales requises.

Compte tenu de la diversité des ressources, des législations et des cultures des États, l'article 2 de l'Ensemble de règles minima précise que les normes devraient « *servir à stimuler l'effort constant visant à leur application, en ayant à l'esprit le fait qu'elles représentent, dans leur ensemble, les conditions minima qui sont admises par les Nations Unies* ». Dans son Observation générale 21, sur l'interprétation de ce que signifie l'obligation de traiter de toute personne privée de sa liberté « *avec humanité et avec le respect de la dignité inhérente à la personne humaine* » (PIDCP, article 10), le Comité des droits de l'homme des Nations Unies a

précisé clairement que ce traitement est fondamental et « *ne saurait dépendre des ressources matérielles disponibles dans l'État partie* » (Comité des droits de l'homme, Observation générale 21, article 10 du PIDCP (44^e session, 1992)). En d'autres termes, ces exigences minimales doivent être observées, « *même si des considérations économiques ou budgétaires peuvent rendre ces obligations difficiles à respecter*⁵⁶ ».

Comme l'indique son titre, l'Ensemble de règles minima (comme d'autres instruments similaires) énonce les exigences de base à respecter dans la gestion des prisons, et ce dans le monde entier. Les normes que nous examinerons ci-dessous sont génériques et s'appliquent à toutes les prisons et à tous les secteurs de ces établissements, mais elles revêtent une importance particulière dans les unités d'isolement cellulaire. Les conditions de détention inférieures à ces normes minimales peuvent constituer des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Le respect desdites normes, voire leur amélioration, ne fait pas nécessairement de l'isolement cellulaire une pratique moins dommageable, mais le fait de veiller à l'application de conditions de détention humaines et à l'accès à des contacts humains dignes de ce nom peut contribuer à atténuer certains de ses effets nocifs.

A. Conditions matérielles

Comme nous l'avons indiqué plus haut, des instruments tels que l'Ensemble de règles minima et les Règles pénitentiaires européennes prescrivent des normes minimales applicables aux conditions matérielles de détention dans tous les lieux d'isolement. Ces normes sont décrites ci-après.

Cellules

La règle 10 de l'Ensemble de règles minima des Nations Unies précise :

Les locaux de détention et, en particulier, ceux qui sont destinés au logement des détenus pendant la nuit, doivent répondre aux exigences de l'hygiène, compte tenu du climat, notamment en ce qui concerne le cubage d'air, la surface minimum, l'éclairage, le chauffage et la ventilation.

Les Règles pénitentiaires européennes (révision de 2006) ont à ce sujet un libellé similaire, et y ajoutent l'importance de la vie privée (règle 18.1). La règle 18.3 précise que le droit interne doit définir les conditions minimales requises.

Les dimensions et le mobilier des cellules revêtent une importance particulière lorsque les détenus passent le plus clair de leurs journées à l'isolement dans leur cellule. Si les instruments internationaux ne précisent pas de dimensions minimales pour les cellules destinées à l'isolement, on peut déduire de jugements et de rapports ce qui constitue une norme acceptable. Le Comité pour la prévention de la torture (CPT) du Conseil de l'Europe a déterminé que des cellules d'isolement de 8 mètres carrés (CPT, rapport Allemagne, 1993) et 9 mètres carrés (CPT, rapport Pays-Bas, 1993) étaient d'une surface raisonnable pour héberger un seul occupant, et que des cellules de 11 mètres carrés étaient des cellules de bonne dimension (CPT, rapport Pays-Bas, 1998). La Cour européenne des droits de l'homme a jugé qu'une cellule mesurant 6,84 mètres était assez grande pour un seul occupant (*Ramirez c. France*, arrêt du 27 janvier 2005). Bien entendu, chaque cellule devrait offrir un espace suffisant pour que l'on puisse y dormir, y manger et y étudier, avec un coin toilettes séparé.

Fenêtres et lumière

La mise au cachot obscur à titre de sanction est interdit par le droit international des droits de l'homme (ERM 31 ; RPE 60.3). Selon les normes internationales, il est précisé aussi que dans les lieux où les détenus vivent ou travaillent

[I]es fenêtres doivent être suffisamment grandes pour que le détenu puisse lire et travailler à la lumière naturelle ; l'agencement de ces fenêtres doit permettre l'entrée d'air frais, et ceci qu'il y ait ou non une ventilation artificielle. [ERM, règle 11a.]

Les fenêtres sont particulièrement importantes quand les détenus passent la plus grande partie de la journée seuls dans leur cellule. La présence ou l'absence de fenêtres, ainsi que l'accès à la lumière naturelle pour les détenus à l'isolement, ont été des facteurs importants dans l'évaluation des conditions de détention par des organismes des droits de l'homme et des tribunaux, et peuvent faire toute la différence entre des conditions acceptables et un traitement inhumain. Outre la lumière naturelle, les instruments internationaux pertinents prévoient aussi :

La lumière artificielle doit être suffisante pour permettre au détenu de lire ou de travailler sans altérer sa vue. [ERM, règle 11b.]

L'aménagement des cellules devrait permettre aux détenus d'allumer et d'éteindre la lumière artificielle dans leur cellule. En aucun cas les cellules ne devraient rester éclairées en permanence.

Installations sanitaires et hygiène personnelle

Les règles 12 et 13 de l'Ensemble de règles minima prescrivent ce qui suit :

12. Les installations sanitaires doivent permettre au détenu de satisfaire aux besoins naturels au moment voulu, d'une manière propre et décente.

13. Les installations de bain et de douche doivent être suffisantes pour que chaque détenu puisse être mis à même et tenu de les utiliser, à une température adaptée au climat et aussi fréquemment que l'exige l'hygiène générale selon la saison et la région géographique, mais au moins une fois par semaine sous un climat tempéré.

La norme fixée par les Règles pénitentiaires européennes est que les détenus puissent se doucher chaque jour si possible, ou au moins deux fois par semaine (RPE, règle 19.4). Les cellules utilisées pour l'isolement devraient au minimum être équipées chacune de toilettes et d'un lavabo et, lorsque cela s'avère possible, également d'une douche. Ces sanitaires devraient être situés dans un coin de la cellule et à l'abri des regards, afin de préserver l'intimité de l'occupant. Les détenus doivent disposer d'eau et des articles de toilette nécessaires pour maintenir leur propreté personnelle (ERM, règle 15; EPR, règle 19.6), ainsi que des ustensiles de ménage et produits d'entretien nécessaires pour maintenir la propreté de leur cellule. De façon plus générale, tous les locaux fréquentés par les détenus – entre autres, les douches, les zones d'exercice et les couloirs – devraient être propres et bien entretenus.

Autres éléments de l'environnement cellulaire

Le cadre monotone et oppressant des unités d'isolement peut être amélioré par quelques aménagements particuliers, notamment⁵⁷ :

- bonne ventilation et températures confortables, de préférence réglées par le détenu
- faible niveau sonore
- matériaux « doux » pour le mobilier de la cellule
- couleurs
- respect de l'intimité
- bouton d'alarme.

Aménagement et conditions matérielles : exemples concernant divers pays

C'est peut-être en citant des exemples d'unités d'isolement cellulaire ne répondant pas aux normes internationales que l'on illustre le mieux l'importance d'un bon aménagement des prisons et de dispositions matérielles adéquates. Les passages ci-dessous sont extraits de rapports sur les conditions matérielles de détention dans des quartiers d'isolement situés dans différents pays.

Conditions matérielles de détention dans les unités d'isolement : études de cas

Les cellules de sécurité « S » dans la prison de Straubing (Allemagne)

Du point de vue acoustique, une fois dans ces cellules et toutes portes fermées, aucun des bruits habituels d'une prison n'est perceptible. En effet, ces cellules sont situées à la jonction des ailes d'un bâtiment et l'on y accède par un couloir faisant office d'antichambre où se trouvent également les douches. Dans chacun de ces couloirs, il y a deux cellules. En principe, il n'y a pas de personnel de garde dans ces couloirs et les occupants des cellules n'ont aucune possibilité de contacts visuels ou de contacts sensoriels avec d'autres prisonniers et les fonctionnaires pénitentiaires. [Rapport CPT/Inf (93) 13, par. 74-75.]

Les cellules d'isolement dans la prison de Komotini (Grèce)

[...] n'étaient pas non plus en état d'héberger des détenus [... Elles étaient] étouffantes et très sales, et il y régnait une odeur putride ; la ventilation était mauvaise, il n'y avait pas de lit (seulement un matelas crasseux sur le sol), pas de lavabo (il fallait se laver les mains dans les toilettes) et très peu de lumière naturelle. [Rapport CPT/Inf (2006) 41, par. 129.]

Les cellules disciplinaires de la prison de Sremska Mitrovica (Serbie)

[...] étaient équipées seulement d'une plateforme en bois (avec un matelas et du matériel de couchage), d'une boîte pour les effets personnels, d'un lavabo et de toilettes de type asiatique [...]. De plus, l'arrivée de lumière naturelle et l'éclairage artificiel étaient, au mieux, médiocres. [Rapport CPT/Inf (2006) 18, par.133.]

Les cellules de la section 209 de la prison d'Evin (Iran)

*[...] étaient situées au sous-sol [...] Les cellules mesuraient environ 1 mètre sur 2, avec une hauteur de plafond d'environ 4 mètres. Une lumière au plafond était allumée 24 heures sur 24. Les cellules avaient des toilettes et un lavabo. Le sol était fait de [...] craie [et] les murs étaient tout blancs. Certains détenus avaient le droit de passer 20 minutes par jour dans espace en plein air entouré de barreaux, mais d'autres ne prenaient jamais l'air [...]. [Human Rights Watch, *Like the Dead in Their Coffins* " Torture, Detention and the Crushing of Dissent in Iran (Tels des cadavres dans leurs cercueils : torture, détention et répression de la dissidence en Iran) ; juin 2004, vol. 16, n°2 (E).]*

[Extraits traduits par nos soins]

B. Le régime carcéral

S'il est généralement admis par les organismes des droits de l'homme et organismes de surveillance que certaines restrictions puissent être inévitables lorsque l'isolement cellulaire est imposé à titre de sanction disciplinaire de courte durée, les autorités pénitentiaires sont néanmoins tenues d'assurer aux détenus un régime minimal conforme aux dispositions des instruments internationaux. Lorsque les détenus sont maintenus à l'isolement plus longtemps, les organismes internationaux précisent clairement qu'ils doivent avoir accès à des programmes carcéraux et à des contacts humains dignes de ce nom. Le régime minimal prescrit par les instruments internationaux comprend quelques-unes des dispositions suivantes :

Accès à l'exercice en plein air

27.1 Tout détenu doit avoir l'opportunité, si le temps le permet, d'effectuer au moins une heure par jour d'exercice en plein air.

27.2 En cas d'intempérie, des solutions de remplacement doivent être proposées aux détenus désirant faire de l'exercice. [RPE (rév. 2006) ; ERM, règle 21.1].]

L'exigence selon laquelle les détenus doivent pratiquer, au moins une heure par jour, des exercices en plein air est généralement reconnue comme un minimum absolu (CPT/Inf(93)15, par. 95). Dans la mesure du possible, les détenus doivent être autorisés à se regrouper pendant les périodes d'activités récréatives (voir aussi RPE 27.7). Pour les détenus à l'isolement cellulaire, la période d'exercice est la seule occasion qu'ils ont de prendre l'air et d'avoir un aperçu du monde extérieur à leurs cellules. Cette exigence est donc particulièrement importante et devrait être strictement respectée, le but visé devant être d'allonger la durée des périodes de récréation et de permettre aux détenus de faire de l'exercice ensemble. La combinaison de l'absence de possibilité d'exercice en plein air et du manque d'accès à la lumière naturelle a été assimilée par la Cour européenne des droits de l'homme à un traitement dégradant violant l'article 3 de la Convention européenne⁵⁸.

Les cours réservées à l'exercice dans les unités d'isolement et unités spéciales de haute sécurité sont souvent de petits enclos de béton nu (voir des rapports du CPT adressés à divers gouvernements). Dans certains systèmes pénitentiaires, l'espace est couvert d'un grillage métallique qui cache la vue du ciel, ce qui devrait être évité. Ces cours devraient être de dimensions suffisantes pour permettre aux détenus de se dépenser et, dans la mesure du possible, être dotées de l'équipement approprié. Des mesures devraient en outre être prises

pour rendre les cours moins austères, par exemple en les peignant ou en y plantant de la verdure.

Les cours de prison : exemple de bonne pratique

Les cours réservés à l'exercice dans l'Unité de sécurité renforcée (EBI) de la prison de Vught (Pays-Bas) étaient « *assez grandes pour que les détenus puissent se dépenser physiquement* » et avaient une « piste de course » pour ceux qui « *voulaient se livrer à des activités physiques plus ardues* ». Les exercices pouvaient se pratiquer avec un à trois compagnons de détention. Les détenus avaient aussi accès à un gymnase vaste et bien équipé. [Rapport du CPT, 1998, CPT/Inf(98)15. Extraits traduits par nos soins.]

Accès aux programmes

Des dispositions doivent être prises pour développer l'instruction de tous les détenus capables d'en profiter [...] L'instruction des analphabètes et des jeunes détenus doit être obligatoire, et l'administration devra y veiller attentivement. [ERM, règle 77 ; RPE rév. 2006, règle 28.]

Pour le bien-être physique et mental des détenus, des activités récréatives et culturelles doivent être organisées dans tous les établissements. [ERM, règle 78.]

Tous les détenus ont le droit de participer à des activités culturelles et de bénéficier d'un enseignement visant au plein épanouissement de la personnalité humaine. [Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus, principe 6.]

La mise en place de programmes dans les prisons présente de nombreux avantages évidents pour le bien-être et le développement personnel des détenus, et améliorer leurs chances réussir leur réinsertion sociale après leur libération. De plus, la recherche semble nettement prouver que l'accès à des programmes carcéraux a des effets positifs sur le comportement des détenus, alors que le fait de ne rien avoir à faire engendre une violence accrue. Une analyse de plus de quatre-vingt-dix études sur les effets des programmes carcéraux a abouti à la conclusion suivante :

La recherche semble confirmer dans l'ensemble l'hypothèse selon laquelle les programmes d'enseignement universitaire et professionnel pour détenus adultes entraînent une réduction du nombre d'infractions disciplinaires pendant l'incarcération et de la récidive, et augmentent les possibilités d'emploi ainsi que la participation à des cours après la libération. [Gaes et al., 1999:411.]

Les détenus

Les détenus placés en isolement disciplinaire pour une courte durée peuvent, dans le cadre de la sanction, être exclus de la participation aux programmes carcéraux. En revanche, ces programmes sont d'une importance cruciale pour les détenus à l'isolement pendant une période plus longue, car ceux-ci n'ont que peu ou pas de contacts sociaux, sont soumis à une stimulation sensorielle réduite, et n'ont que très peu de moyens de s'occuper dans leur cellule d'isolement. Comme nous l'avons vu au chapitre 2, ces facteurs ont des effets négatifs sur leur santé et peuvent également entraîner des problèmes de comportement. La recherche indique que, pour contrer ces effets, il est indispensable que les détenus aient accès à un programme d'activités adéquat en prison, en particulier dans les établissements de haute sécurité : « *plus la sécurité est grande dans une institution, plus le programme d'activités doit y être intense. Un isolement carcéral maximum sans programme d'activités approprié est préjudiciable à la santé du détenu et à son pronostic de réinsertion* » (Scott et Gendreau, 1969:341). Il est précisé dans les Normes du CPT :

L'existence d'un programme d'activités satisfaisant est tout aussi importante – sinon plus – dans une unité de haute sécurité que dans une unité ordinaire. Un tel programme peut faire beaucoup pour contrecarrer les effets délétères qu'entraîne, sur la personnalité du détenu, la vie dans l'ambiance confinée d'une telle unité. Les activités proposées devraient être aussi variées que possible (éducation, sport, travail ayant une valeur de formation professionnelle, etc.). En ce qui concerne notamment le travail, il est clair que des raisons de sécurité peuvent exclure de nombreux types de travaux que l'on trouve dans un établissement pénitentiaire normal. Néanmoins, cela ne doit pas signifier que les détenus soient uniquement occupés à des travaux d'une nature fastidieuse.

[Les normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1, Rev. 2009, Extrait du 11^e rapport général, CPT/Inf (2001) 16, par. 32.]

Idéalement, les activités des programmes devraient avoir lieu en dehors de la cellule et avec d'autres personnes. Lorsque ce n'est pas possible, les détenus devraient au moins bénéficier de programmes à l'intérieur ou à la porte de leur cellule.

L'accès aux activités : exemple de bonne pratique

Dans le Close Supervision Centre (CSC) de la prison de Whitemoor (Royaume-Uni), les détenus ont accès à un espace commun avec tables de ping-pong et de billard, une salle de classe équipée d'un ordinateur, un chariot de livres et un stock de jeux de société, et un atelier. Le centre comprend aussi un espace de culture physique bien équipé, avec des haltères libres, et une cour de promenade en plein air dans laquelle sont aménagés une serre et un jardin sécurisé. [HMCIP, *Extreme Custody*, juin 2006.]

Possibilité d'avoir de véritables contacts humains au sein de la prison

Il est d'une importance cruciale pour les détenus à l'isolement, en particulier ceux qui sont soumis à un isolement prolongé, d'avoir des contacts humains réguliers et dignes de ce nom. Les effets potentiels de l'isolement social sur la santé ont été exposés en détail au chapitre 2, mais il convient de rappeler ici qu'il faut faire le maximum pour que les détenus aient une certaine interaction avec d'autres êtres humains. Cela peut vouloir dire, par exemple, permettre à des détenus de se réunir pendant les périodes de repas ou de récréation, encourager les contacts entre les détenus et le personnel enseignant, médical et religieux, autoriser l'accès de l'unité à des « visiteurs de prisons », etc. Les interactions informelles avec les surveillants devraient aussi être encouragées. Les organismes de surveillance et les tribunaux sont particulièrement attentifs à l'importance et à la qualité des contacts humains dont peuvent bénéficier les détenus à l'isolement, et seront plus enclins à conclure à une violation du droit des droits de l'homme lorsque ces contacts font défaut.

Contact avec le monde extérieur

Le droit des droits de l'homme met l'accent sur l'importance qu'il y a à faire en sorte que les détenus gardent le contact avec le monde extérieur. Ce contact comprend les visites de parents et d'amis, l'accès à la presse écrite, à la radio et à la télévision, ainsi que diverses formes de communication, notamment les lettres et le téléphone. Lorsque les détenus sont à l'isolement et ont peu d'occasions d'interaction humaine et de contacts sociaux, ces exigences sont encore plus cruciales. Non seulement les contacts avec la famille, les amis et la communauté sont des facteurs importants du bien-être des détenus, mais il s'est avéré qu'ils ont une influence positive non négligeable sur leur comportement et améliorent leurs chances de réussir leur réinsertion sociale après leur libération⁵⁹.

Contacts familiaux

L'article 17 du PIDCP dispose que

[n]ul ne sera l'objet d'immixtions arbitraires ou illégales dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa correspondance, [...].

Le droit à la vie familiale est aussi protégé par l'article 11 de la Convention américaine relative aux droits de l'homme et l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme. Il a été établi que, malgré les limitations inhérentes à la vie carcérale, les détenus conservent leur droit à la vie familiale, et les autorités pénitentiaires ont l'obligation de les aider à maintenir des contacts étroits avec leur famille. [Affaire *Messina (n°.2) c. Italie*, 2000.]

Le droit des détenus au respect de leur vie familiale par le biais de visites et de communications est consacré également par plusieurs autres instruments internationaux :

Les détenus doivent être autorisés, sous la surveillance nécessaire, à communiquer avec leur famille et ceux de leurs amis auxquels on peut faire confiance, à intervalles réguliers tant par correspondance qu'en recevant des visites. [ERM, règle 37. Voir aussi : ERM, règle 79 ; principe 19 de l'Ensemble de principes ; RPE rév. 2006, règle 24.]

Afin de favoriser les liens familiaux, les détenus devraient, lorsque cela s'avère possible, être incarcérés dans une prison proche de leur domicile (Ensemble de principes, principe 20). Les visites devraient se dérouler dans des locaux spécialement conçus à cet effet, qui devraient être convenablement meublés, propres et bien entretenus. Il est préférable de permettre le contact direct (c'est-à-dire pas à travers une vitre) entre le détenu et ses visiteurs, en particulier quand il s'agit d'enfants. Les visiteurs devraient être traités avec respect et ne pas être soumis à des procédures de sécurité superflues.

Accès aux médias écrits et radiotélévisés

Les détenus doivent être tenus régulièrement au courant des événements [...], soit par la lecture de journaux [...], soit par des émissions radiophoniques, [...] ou tout autre moyen analogue [...]. (ERM, règle 39.)

Une fois encore, cette exigence est particulièrement importante lorsque le détenu est maintenu en isolement de longue durée, avec peu d'accès au monde extérieur. Non seulement le fait d'être au courant de l'actualité et de ce qui se passe dans la communauté – et de s'y intéresser – aidera le détenu à retourner plus tard à une vie libre dans la société, mais cela pourra aussi avoir un effet positif sur son bien-être mental pendant son isolement. Pour ces raisons, il est aussi recommandé que, dans la mesure du possible, les détenus placés à l'isolement, surtout pour une longue durée, aient une télévision et une radio dans leur cellule.

Les régimes de détention appauvris : exemples de pays

La composante essentielle des régimes d'isolement cellulaire est, bien sûr, que le détenu doit rester seul dans sa cellule jusqu'à 24 heures par jour. Les aménagements spécifiques auxquels les détenus ont droit pendant leur isolement, et les possibilités de contact qu'ils ont avec le monde extérieur, cependant, varient d'un système pénitentiaire à l'autre. Comme nous l'avons

déjà vu, outre les unités d'isolement « ordinaires », certains pays appliquent maintenant aussi des régimes spéciaux imposant des restrictions supplémentaires à certaines catégories de détenus placés en isolement cellulaire. Quelques exemples de ce type de régimes sont présentés ci-dessous.

Régimes d'isolement cellulaire appauvris: quelques études de cas

Italie

Les détenus peuvent être placés en isolement cellulaire pour toute la durée de leur peine au titre d'un « régime spécial » pour raisons d'ordre et de sécurité publics, en particulier pour des crimes liés à des activités mafieuses. Ils sont incarcérés dans des cellules individuelles et autorisés à se regrouper avec trios à cinq autres détenus pendant la période d'exercice. Quelques-unes des autres mesures qui peuvent être appliquées dans le cadre de ce régime, à la discrétion du personnel pénitentiaire, sont :

- interdiction de toute visite de personnes autres que la famille, un concubin ou un avocat ;
- maximum d'une visite familiale d'une heure par mois ;
- pas d'accès à un téléphone, ou maximum d'un appel téléphonique par mois ;
- censure de toute la correspondance à l'exception de la correspondance protégée par le secret professionnel ;
- maximum de deux heures par jour en plein air ;
- pas de visites supplémentaires pour bonne conduite ;
- maximum de deux colis par mois ;
- interdiction de recevoir des sommes d'argent de l'extérieur ou d'en envoyer ;
- pas de travaux manuels ;
- pas de conversation ni de correspondance avec d'autres détenus.

Pays-Bas

Les détenus dont on considère comme hautement probable qu'ils tenteront de s'évader de la prison et qui, en cas de d'évasion réussie, représentent un risque inacceptable pour la société parce qu'ils risquent de commettre d'autres crimes violents très graves ou de perturber gravement l'ordre public, peuvent être placés dans les unités de sécurité renforcée (EBI et TEBI) de la prison de Vught, qui ont une capacité totale de 35 cellules. Le régime et le dispositif de sécurité de ces unités comprennent notamment les éléments suivants :

- deux appels téléphoniques surveillés par semaine, d'un maximum de 10 minutes, et contrôle de toute la correspondance non protégée par le secret professionnel ;
- visites organisées à l'avance et dans un parloir avec séparation vitrée, pour des visiteurs approuvés (une visite hebdomadaire d'un maximum d'une heure) ;
- une visite familiale mensuelle, avec contact, pour la famille immédiate et l'époux/épouse, d'une durée d'une heure (contact physique limité à une poignée de mains à l'arrivée et au départ ; des gardiens restent à proximité immédiate pendant toute la visite ; les visiteurs sont soumis à une fouille avant la visite) ;
- pas d'activités éducatives, et possibilités limitées de travail en cellule ;
- personnel séparé des détenus par une vitre ; un détenu à la fois seulement peut être en contact avec le personnel, et au moins deux membres du personnel doivent être présents ; pour ces contacts, le détenu doit être menotté ;

- une heure d'exercice en plein air par jour, avec entre un et trois autres détenus ;
- jusqu'à six heures hebdomadaires d' « activités en groupe », avec trois autres détenus au maximum ;
- fouille des cellules chaque semaine ;
- fouille corporelle chaque semaine.

États-Unis

Les détenus classés « membres d'un gang » ou reconnus coupables d'une infraction grave au règlement carcéral peuvent être placés à l'isolement dans la Security Housing Unit (SHU) de la prison d'État de Pelican Bay (Californie), pour une durée de deux à cinq ans dans les cas d'infraction disciplinaire et indéfiniment dans les cas d'appartenance à un gang. Une fois dans la SHU, qui a une capacité de 1056 cellules, ils passent de 23 à 24 heures par jour dans leur cellule et ont accès aux aménagements suivants :

- exercice solitaire dans une petite cour nue, pendant une heure quatre fois par semaine ;
- douche de 15 minutes trois fois par semaine dans une cellule de douche individuelle ;
- un quart de la somme mensuelle autorisée pour la cantine ;
- pas d'accès à des activités récréatives ou professionnelles ;
- appels téléphoniques urgents seulement, selon décision du personnel ;
- deux visites familiales de deux heures, sans contact, le week-end, une fois par mois ;
- un paquet annuel, ne dépassant pas 30 livres (environ 15 kilos) ;
- un achat spécial non renouvelable d'un poste de télévision ou de radio/télévision ;
- jusqu'à dix ouvrages à lire (magazines et livres) ;
- pas de matériel pour hobby ou travaux manuels.

Comme le montrent ces exemples, si les dispositions prévues pour les détenus placés en isolement cellulaire varient d'un État à l'autre, ces régimes comportent généralement des restrictions et des mesures de sécurité supplémentaires en plus du fait que les détenus sont physiquement séparés du reste de la population de la prison. Il est difficile de comprendre quel objectif pénal légitime on vise en restreignant l'accès des détenus à du matériel pour hobbies et travaux manuels ou autres activités en cellule, ou en les soumettant à des fouilles corporelles régulières alors qu'ils n'ont pas eu de contact physique avec quiconque – ni en quoi ces pratiques sont propices à la réhabilitation et à la réinsertion des détenus, ou à la sécurité au sein de la prison. De tels régimes sont contraires aux normes internationales et aux bonnes pratiques et, dans certains cas, peuvent constituer une violation du droit international. De plus, ils engendrent un ennui et une frustration qui, à leur tour, peuvent causer des problèmes de santé mentale et de comportement.

4.3 Résultats de la recherche et recommandations concernant la configuration des locaux et les facteurs environnementaux dans les prisons

Il existe peu d'études sur la relation entre l'environnement carcéral et le comportement des détenus en général, et aucune qui traite spécifiquement des unités d'isolement. Les rares publications et quelques études empiriques réaffirment une quasi-évidence : « *la configuration de l'environnement carcéral est d'une importance cruciale pour le fonctionnement de la prison et son influence sur la réalisation des objectifs pénitentiaires pour les détenus, le personnel et le public* » (Fairweather, 2000:47). Le cadre dans lequel se déroule l'incarcération a aussi des effets sur la santé de la population carcérale et peut « *facilement exacerber des symptômes de maladie mentale pour certains détenus. En fait, l'environnement carcéral lui-même peut contribuer à accroître le risque de suicide et l'incapacité de détenus souffrant de maladies mentales graves à s'adapter. Des facteurs environnementaux peuvent en outre susciter d'importantes réactions adaptatives de la part de détenus qui n'avaient peut-être jamais été diagnostiqués mais chez lesquels une maladie se déclare pendant leur incarcération* » (Hills et al., 2004:15). Par ailleurs, des facteurs de configuration et d'environnement peuvent influencer sur la fréquence et la gravité d'incidents violents⁶⁰.

La configuration de la prison est étroitement liée au régime qui y est pratiqué, car elle dicte, dans une large mesure, les activités et les interactions humaines qui peuvent y avoir lieu. Des analyses des effets de certains aménagements de la prison sur les détenus et le personnel indiquent que ces facteurs peuvent avoir des effets « négatifs » ou « positifs ». Les effets positifs sont ceux qui rendent l'atmosphère de la prison moins institutionnelle, diminuent le stress, l'agressivité et la violence, et accroissent de façon générale le bien-être des détenus. Les facteurs négatifs sont ceux qui favorisent et augmentent les manifestations susmentionnées. Certains des aménagements qui sont cités comme influant positivement sur le comportement et le bien-être sont ceux qui :

- accroissent les possibilités d'interaction sociale entre les détenus, ainsi qu'entre les détenus et le personnel

À l'évidence, les unités d'isolement ne sont pas conçues pour que les détenus soient toujours ensemble. Pourtant, même dans des quartiers ou établissements destinés spécifiquement à

l'isolement cellulaire, la configuration des lieux devrait permettre une certaine interaction sociale. Il suffit d'y ménager des zones communes pour des installations récréatives, sportives, des jeux, etc.

- permettent une supervision directe des détenus

Le style de supervision de la prison est déterminé à la fois par la méthode de gestion de l'établissement et par sa conception architecturale, et des chercheurs le citent comme étant l'un des facteurs les plus susceptibles d'affecter les comportements. Il existe deux principaux types de configuration : pour supervision directe et supervision indirecte. Dans les prisons pratiquant une supervision indirecte, le personnel et les détenus occupent des territoires séparés. La supervision et le contrôle se font à distance à l'aide d'un dispositif de surveillance visuelle géré par le personnel depuis des stations de contrôle sécurisées, complété par des rondes dans les couloirs et les étages. La supervision indirecte est par nature réactive, et maintient une séparation entre les détenus et le personnel. Dans les prisons à supervision directe, les zones réservées au personnel sont situées à l'intérieur du quartier d'isolement, si bien que le personnel a plus de contacts en face à face avec les détenus. Ce sont des prisons axées sur une démarche préventive plutôt que réactive, leur configuration et la présence de personnel réduisant les risques de comportement répréhensible. La recherche semble indiquer que la supervision directe permet une surveillance plus efficace et une meilleure sécurité, et qu'il en résulte une réduction impressionnante de la violence carcérale⁶¹. La supervision directe a aussi obtenu les suffrages d'organisations professionnelles ainsi que des Nations Unies, qui la considèrent comme la meilleure méthode pour gérer les détenus, y compris ceux qui sont classés dangereux ou perturbateurs.

- permettent une certaine souplesse/adaptabilité dans l'utilisation de l'unité

Une architecture positive offre l'adaptabilité nécessaire à des changements futurs. La planification peut anticiper – et la configuration des locaux devrait prendre en compte – la possibilité d'une modification future des divisions internes de l'espace, d'ajouts ou de soustractions externes, et une « flexibilité fonctionnelle ». Les nouvelles technologies du préfabriqué permettent de concevoir les unités carcérales de telle façon qu'elles puissent servir à différentes fonctions, selon les besoins effectifs. Ainsi, la division de l'espace et la configuration d'une unité destinée à un isolement cellulaire de longue durée ne devraient pas être rigides au point d'exclure la possibilité d'espaces de rencontre pour les détenus ou la réalisation de programmes, si un changement de politique intervenait en ce qui concerne les détenus incarcérés dans l'unité ou leurs besoins individuels.

- communiquent un message positif

L'apparence de la prison donne aux détenus une idée du comportement qui est attendu d'eux (Wener, 2000:52). Si la configuration et les dispositifs de sécurité des unités d'isolement et de haute sécurité communiquent aux détenus le message qu'ils sont extrêmement dangereux et indignes de contact humain, le risque est grand qu'ils commencent à se considérer eux-mêmes comme tels et à se comporter en conséquence. Les dispositifs de sécurité devraient donc être aussi limités et discrets que possible et tenir compte du fait que les détenus sont déjà individuellement en milieu sécurisé dans leurs cellules. Il est aussi important de rompre la monotonie des unités d'isolement afin de permettre une certaine stimulation sensorielle. Ceci peut être fait facilement et à peu de frais au moyen, par exemple, de peinture murale de couleur vive, d'un bon éclairage, etc.

4.4. Jurisprudence des droits de l'homme concernant le régime et les conditions matérielles de détention dans les unités d'isolement

Les États ont l'obligation de « *s'assurer que tout prisonnier est détenu dans des conditions qui sont compatibles avec le respect de la dignité humaine, que les modalités d'exécution de la mesure ne soumettent pas l'intéressé à une détresse ou à une épreuve d'une intensité qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention et que, eu égard aux exigences pratiques de l'emprisonnement, la santé et le bien-être du prisonnier sont assurés de manière adéquate*⁶² ». Lorsque ces conditions de détention sont inférieures à des normes acceptables, elles peuvent constituer un traitement inhumain ou dégradant et, par conséquent, une violation du droit international.

Les organismes des droits de l'homme sont particulièrement attentifs au recours à l'isolement cellulaire, qui, comme nous l'avons vu au chapitre précédent, est considéré comme une pratique carcérale extrême à n'utiliser que dans des cas exceptionnels et pour la durée la plus courte possible. La Cour européenne des droits de l'homme a déclaré : « *Sans doute un isolement sensoriel doublé d'un isolement social absolu peut-il aboutir à une destruction de la personnalité*⁶³ » et constituerait un traitement violant l'interdiction absolue de la torture et des traitements inhumains ou dégradants inscrite à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme. La Cour interaméricaine des droits de l'homme a également déclaré dans plusieurs affaires qu'un isolement cellulaire prolongé, en lui-même, peut constituer une violation de l'article 5 de la Convention américaine relative aux droits de l'homme : « *L'isolement prolongé et le manque de communication constituent en eux-mêmes un*

traitement cruel et inhumain, nuisible à l'intégrité psychique et morale de la personne, ainsi qu'une violation du droit de tout détenu au respect de la dignité inhérente à l'être humain. Un tel traitement constitue donc une violation de l'article 5 de la Convention...⁶⁴ ». Enfin, le Comité des droits de l'homme des Nations Unies a critiqué la pratique de l'isolement, « qui porte atteinte à la santé physique et mentale des individus privés de liberté et constitue un traitement cruel, inhumain ou dégradant⁶⁵ ».

Dans deux affaires distinctes contre l'Uruguay, le Comité des droits de l'homme a conclu que le fait de maintenir un détenu pendant un mois dans une cellule où de l'eau de pluie s'infiltrait et où il fallait vivre au milieu d'excréments humains constituait une violation de l'article 10.1 du PIDCP mais pas de son article 7, alors que le fait de maintenir un détenu pendant un mois dans une petite cellule sans fenêtre où la lumière artificielle était allumée 24 heures sur 24 constituait une violation des articles 10.1 et 7 du PIDCP (Comité des droits de l'homme des Nations Unies, 1990, CCPR/C/OP/2). Le Comité contre la Torture (Nations Unies) a conclu à une violation de l'interdiction de tout traitement inhumain ou dégradant dans plusieurs affaires où l'isolement cellulaire avait été utilisé. Ainsi, il a émis l'avis que, en Bolivie, l'isolement dans des cellules disciplinaires froides et humides mesurant 1,5x2 mètres, sans literie ni hygiène correctes, constituait une torture, et que, dans des prisons de sécurité maximale au Pérou, l'isolement strict de détenus politiques dans des cellules totalement insonorisées pouvait être assimilé à de la torture⁶⁶.

Cela étant, l'isolement cellulaire peut aussi être assimilé à un traitement inhumain et dégradant lorsque les conditions matérielles ne sont pas si nettement inférieures aux normes internationales établies. Lorsqu'ils examinent s'il constitue un traitement inhumain ou dégradant dans tel ou tel cas, les tribunaux et les organismes de surveillance évaluent le contexte, notamment : les conditions particulières de l'isolement, le caractère plus ou moins rigoureux de la mesure, sa durée, et les possibilités qu'a le détenu d'avoir un minimum de contacts humains⁶⁷. Ils évalueront aussi l'objectif visé par l'isolement et ses effets sur la personne concernée⁶⁸. Comment le démontrent les extraits d'arrêts rendus par la Cour européenne des droits de l'homme cités ci-dessous, tant les conditions matérielles de la détention que les possibilités de contact humain dont dispose le détenu pendant son isolement cellulaire sont soumises à un examen particulièrement attentif. Lorsque, de l'avis de la Cour, il existe des raisons impérieuses de maintenir un détenu séparé des autres, et lorsque les conditions matérielles de l'isolement sont relativement confortables, que les dispositions prises sont bonnes et que les possibilités de contact humain sont telles que l'on peut se demander si

le détenu est vraiment isolé, la jurisprudence indique que la Cour peut ne pas conclure à une violation de la Convention⁶⁹.

- Le placement en isolement cellulaire, pendant à peine moins d'un an, d'un homme en détention provisoire a été considéré comme ne constituant pas un traitement inhumain ou dégradant, parce que, bien que « [l]a durée de l'isolement cellulaire du requérant [ait été] préoccupante, en raison du danger que représentait cette mesure pour sa santé mentale », la Cour a jugé que le degré d'isolement social auquel il était soumis n'atteignait pas le seuil requis : « Il était privé de tout contact avec les autres détenus, mais pendant la journée, il voyait régulièrement des membres du personnel pénitentiaire. En outre, un enseignant donnait chaque semaine des cours d'anglais et de français à M. Rohde, qui s'est aussi rendu chez l'aumônier de la prison et a reçu une visite de son avocat. L'intéressé a pu s'entretenir 12 fois avec un travailleur social ; il a vu un kinésithérapeute à 32 reprises, un médecin à 27 reprises et un infirmier à 43 reprises. Les parents et les amis du requérant pouvaient lui rendre visite sous surveillance. » La Cour a également relevé que les conditions matérielles de détention étaient adéquates, car le détenu occupait une cellule d'environ huit mètres carrés, équipée d'une télévision, et pouvait aussi lire des journaux. [*Rohde c. Danemark*, requête n° 69332/01, arrêt du 21 juillet 2005.]
- La Cour a conclu que le régime d'isolement cellulaire strict (le détenu était maintenu seul dans sa cellule 23 heures par jour et n'était autorisé à se mêler aux autres détenus que pendant une heure de promenade quotidienne) imposé à un ancien occupant du couloir de la mort pendant plus de trois ans, ainsi que les conditions matérielles de sa détention (cellule de 2 mètres sur 3, percée d'une seule petite fenêtre qui ne laissait pas entrer assez de lumière ni d'air frais, système de chauffage recouvert d'une couche de briques et éclairage au moyen d'une seule ampoule de 60 watts qui ne suffisait pas pour lire) avaient dû le soumettre à une détresse d'une intensité excédant le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention, et constituaient un traitement inhumain et dégradant violant l'article 3 de la Convention européenne. [*Iorgov c. Bulgarie*, requête n° 40653/98, arrêt du 11 mars 2004.]

En conclusion, le caractère extrême de l'isolement cellulaire et ses effets potentiels sur la santé suscitent des préoccupations particulières au regard des droits de l'homme, et cette pratique est soumise à un examen attentif par les tribunaux et les organismes de surveillance. Les conditions matérielles de traitement des détenus, le régime qui leur est appliqué et les possibilités de contact humain qu'ils ont pendant leur isolement, en particulier, font l'objet d'une évaluation.

Si, du point de vue des droits de l'homme, l'isolement cellulaire est une pratique carcérale à éviter, son utilisation n'est pas interdite en soi. En revanche, la pratique est évaluée au cas par cas aux fins de déterminer si elle constitue une violation de l'interdiction de la torture et autres peines ou traitements inhumains ou dégradants.

4.5. Observations finales sur le régime et les conditions de détention dans les quartiers d'isolement et de haute sécurité

Les détenus à l'isolement passent jusqu'à 24 heures sur 24 dans leur cellule. Ils ont peu de contact humain, peu ou pas de contacts physiques avec d'autres personnes, peu d'effets personnels, et peu de moyens de s'occuper à l'intérieur de leur cellule. Un isolement prolongé dans de telles conditions est physiquement et mentalement éprouvant. Nous avons examiné au chapitre 2 quelques-uns des effets potentiels de l'isolement cellulaire sur la santé. On peut atténuer ces effets, dans une certaine mesure, en veillant à ce que les détenus à l'isolement :

- soient placés dans des cellules assez grandes pour qu'ils puissent se livrer à toutes leurs activités quotidiennes dans un environnement propre et humain, respectueux de leur dignité ;
- puissent prendre l'air et faire de l'exercice tous les jours ;
- aient accès à des contacts humains dignes de ce nom et à des activités motivantes, et
- voient leur famille dans le cadre de visites avec contact.

Les privations inhérentes aux unités d'isolement ne devraient pas être aggravées par des restrictions supplémentaires sur les effets autorisés en cellule, notamment de quoi lire, du matériel pour travaux manuels et hobbies, une radio personnelle, etc. Dans la mesure du possible, les détenus devraient être autorisés à se livrer à des activités quotidiennes avec des codétenus. Lorsqu'il existe des raisons impérieuses de ne pas autoriser les détenus à se regrouper, il faudrait encourager des contacts accrus avec les membres du personnel, en particulier ceux qui ne sont pas surveillants (religieux, enseignants, personnel de santé). Il faudrait aussi inciter le personnel de surveillance à nouer un dialogue informel avec les détenus, et à maintenir de bonnes relations et une bonne atmosphère dans l'unité. Il est par conséquent crucial que le personnel qui travaille dans les unités d'isolement soit soigneusement sélectionné et bien encadré, et bénéficie d'une formation adéquate. Il devrait notamment recevoir une formation en santé mentale et techniques de « désescalade » ou désamorçage des tensions. Un personnel bien formé et expérimenté peut faire une énorme différence dans les unités d'isolement.

En résumé, il ne faut épargner aucun effort pour atténuer les aspects nocifs de l'isolement cellulaire en aménageant des installations correctes, des régimes sensés et des activités motivantes. Le respect des normes examinées dans ce chapitre est non seulement prescrit par le droit, mais aussi judicieux en termes de gestion. Cependant, comme nous l'avons vu au chapitre 3, même lorsque tout est en place pour en atténuer les effets nocifs, l'isolement cellulaire ne devrait pas être imposé pour de longues périodes, sauf dans quelques cas exceptionnels où cela peut s'avérer absolument nécessaire.

POINTS ESSENTIELS

- Les détenus à l'isolement devant rester presque tout le temps dans leur cellule, aménager celle-ci en conséquence, et l'équiper au moins de toilettes et d'un lavabo.
- Permettre aux détenus à l'isolement d'avoir une certaine autonomie et une certaine maîtrise de leur environnement immédiat.
- Encourager les visites de membres de la famille et d'amis, et veiller à ce que les espaces de visite soient propres et bien décorés.
- Veiller à ce que les détenus à l'isolement aient autant de contact que possible avec des personnes extérieures à la prison, ainsi qu'avec les surveillants et le personnel enseignant, religieux et médical.
- Faire en sorte que le plus grand nombre d'activités possible, dont les repas, se déroulent avec d'autres détenus.
- Lorsque ceci ne s'avère pas possible, chercher des solutions créatives pour assouplir l'environnement restrictif et monotone et rendre moins éprouvant le régime appauvri des unités d'isolement.
- De petites concessions peuvent faire beaucoup. Souplesse et créativité sont indispensables.
- Il n'y a pas de régime « taille unique ». Des restrictions supplémentaires peuvent s'avérer indispensables pour certains détenus à un moment donné, mais elles ne devraient pas être appliquées systématiquement.
- Les recommandations examinées dans ce chapitre énoncent des normes **minimales** que les administrations pénitentiaires devraient s'efforcer d'améliorer.
- Il faut élaborer d'autres normes et garanties pour faire en sorte que les détenus soient protégés contre les effets nocifs de l'isolement cellulaire.

Notes

⁵⁶ Document des Nations Unies CCPR/C/51/D/458/1991, *Mukong c. Cameroon* (10 août 1994).

⁵⁷ Royal College of Psychiatrists, 1998 ; Buchanan *et al.* 1988 ; Fairweather, 2000.

⁵⁸ *Poltoratskiy c. Ukraine*, n° 38812/97, 146, CEDH 2003-V. Voir aussi les jugements des affaires *Kuznetsov ; Nazarenko ; Dankevich ; Aliev ; Kokhlich c. Ukraine*, jugements du 29 avril 2003, CEDH 2003-V.

⁵⁹ Moyer, 1975:58-60; Fairweather, 2000:34. The Royal College of Psychiatrists' Clinical Practice Guidelines propose that staff working with the mentally ill should "Encourage and provide privacy for visits from friends and relatives" as good practice in preventing violence (1998:59).

⁶⁰ Management of imminent violence, Royal College of Psychiatrists OP41 (1998).

⁶¹ Fairweather, 2000 ; Bottoms, 1999:243-245 ; Buchanan *et al.*, 1988:51-54

⁶² *Kudła c. Pologne* [GC], n° 30210/96, 92, CEDH 2000-XI.

⁶³ Commission EDH, requêtes *Ensslin, Baader et Raspe c. RFA*, DR 14 (1978), par. 109.

⁶⁴ *Velasquez Rodriguez v. Honduras*, arrêt du 29 juillet 1988, Série C, n° 4, par. 156. [Traduction française non officielle]

⁶⁵ Comité des droits de l'homme des Nations Unies, Observations finales, Pérou 15.11.2001, document CCPR/CO/70/PER.]

⁶⁶ Nations Unies, Rapport du Comité contre la torture, 25^e session (13-24 novembre 2000), 26^e session (30 avril-18 mai 2001), Supplément n° 44 (A/56/44), 18 juin 2001. Bolivie, par. 95.g), et Pérou, par. 186.

⁶⁷ *Ensslin, Baader et Raspe c. RFA* 14 DR 64 (1978).

⁶⁸ *McFeeley et autres c. le Royaume-Uni*, requête n° 8317/78, décision de la Commission du 15 mai 1980, DR 20.

⁶⁹ Le placement en isolement cellulaire pendant plus de huit ans d'un détenu, Ilich Ramirez (« Carlos le chacal »), qui « était à l'époque considéré comme le terroriste le plus dangereux dans le monde », ne constituait pas une violation de l'article 3. Pour parvenir à cette décision, la Cour a tenu compte des conditions relativement confortables de la détention d'Ilich Ramirez (sa cellule de 6,84 mètres carrés était équipée d'un coin toilette et possédait une fenêtre offrant de la lumière naturelle, et le requérant disposait aussi d'une télévision, de journaux et de livres), et des faits suivants : il pouvait sortir de sa cellule chaque jour deux heures pour de l'exercice en plein air et une heure dans une salle de gymnastique ; il avait des contacts fréquents avec des personnes extérieures à la prison (il recevait la visite d'un médecin deux fois par semaine, celle d'un prêtre une fois par mois et des visites très fréquentes de ses 58 avocat(e)s, dont l'une, qu'il a ensuite épousée, est venue le voir 640 fois en cinq ans), et il affirmait lui-même qu'il était en bonne santé physique et mentale. La Cour a aussi fait valoir qu'il avait ensuite été transféré dans un établissement carcéral normal, tout en réaffirmant qu'en tout état de cause, l'isolement cellulaire ne devrait pas être imposé au détenu indéfiniment (*Ramirez Sanchez c. France*, n° 59450/00, arrêt du 27 janvier 2005).

5. Le rôle des professionnels de la santé dans les unités d'isolement cellulaire : lignes directrices en matière d'éthique et de droits de l'homme et règles professionnelles

5.1 Introduction : l'éthique appliquée à la médecine carcérale

Les professionnels de la santé travaillant dans les prisons et d'autres lieux de détention doivent faire face à des difficultés particulières qui découlent de la contradiction intrinsèque entre le rôle de la prison en tant que lieu de punition par privation de liberté, et son rôle de protection et de promotion de la santé (physique, mentale et sociale). Tout d'abord, ils doivent dispenser des soins dans un cadre qui est axé sur la sécurité, avec le dispositif matériel – et la culture institutionnelle – que cela suppose. Leurs patients sont détenus non volontairement dans des conditions qui limitent sérieusement non seulement leur liberté de mouvement, mais la maîtrise qu'ils peuvent avoir de la plupart des autres aspects de leur vie et de leurs activités quotidiennes. Parmi les autres difficultés de leur fonction, on peut citer notamment un gros volume de travail, souvent avec des ressources limitées ; une population de patients ayant des besoins spéciaux et chez lesquels on enregistre une forte prévalence de maladies mentales ; une double obligation envers leurs patients et les autorisés pénitentiaires ; les exigences contraires des uns et des autres, et une méfiance potentielle des deux côtés ; une formation insuffisante et, lorsqu'ils sont employés exclusivement par la prison, un certain isolement par rapport aux autres membres de leur profession⁷⁰.

Les problèmes éthiques sont particulièrement aigus lorsque se pose la question de la participation de personnel de santé à des mesures disciplinaires – question qui devient particulièrement litigieuse lorsqu'il s'agit de l'éventuel rôle de ce personnel dans les unités d'isolement⁷¹.

En posant plusieurs questions pertinentes, la section qui suit précise le cadre éthique et juridique selon lequel se définit le rôle du personnel de santé lorsque celui-ci est confronté à l'isolement cellulaire⁷². Certains des dilemmes et conflits potentiels décrits plus bas ne sont pas

toujours faciles à résoudre dans la pratique. Néanmoins, les professionnels de la santé doivent toujours faire en sorte que leur conduite ne soit pas compromise par des considérations extérieures et parfois spécieuses. Lorsqu'ils se trouvent face à de tels dilemmes, ils devraient toujours chercher avis et conseils auprès de collègues expérimentés ainsi que d'associations professionnelles.

5.2. Les problèmes relatifs à la médecine carcérale dans les quartiers d'isolement cellulaire

Qu'est-ce que la « double loyauté », et où les professionnels de la santé peuvent-ils s'adresser pour obtenir soutien et conseils ?

Le médecin devra [...] faire preuve de la plus complète loyauté envers ses patients et leur faire profiter de toutes les ressources scientifiques dont il dispose. (Code international d'éthique médicale de l'Association médicale mondiale, 1949.)

Il y a situation de double loyauté lorsque des professionnels de la santé se trouvent face à « *des obligations simultanées, expresses ou implicites, envers un patient ou une tierce personne*⁷³ ». Les professionnels de la santé travaillant dans les prisons doivent presque inévitablement faire face à des situations où il est attendu d'eux, explicitement ou implicitement, qu'ils laissent d'autres considérations prendre le pas sur leur jugement clinique, ou qu'ils contribuent à des procédés ou procédures qui n'obéissent pas à des objectifs thérapeutiques. Les codes d'éthique précisent clairement que le devoir du médecin envers son patient l'emporte sur toute autre obligation, et que les professionnels de la santé doivent agir en tout temps dans l'intérêt de leurs patients. Nombre des problématiques exposées dans les pages qui suivent, comme la question de savoir si l'on peut ou non déclarer un détenu apte à une sanction, ou le droit d'avoir accès à des soins de santé, sont autant d'exemples de situations de double loyauté.

Évidemment, comme dans toute pratique médicale, il y aura des situations dans lesquelles des professionnels de la santé devront juger s'il pourrait s'avérer nécessaire de passer outre leur obligation fondamentale envers leur patient afin de protéger celui-ci, d'autres détenus ou le personnel. Là aussi, ils doivent faire en sorte que leurs actes soient dictés avant tout par leur

fonction de professionnels de la santé, qui doit primer sur leur statut d'employé d'une prison, de policier ou de militaire – mais c'est là que réside l'essence-même de la « double loyauté ». Ils doivent s'efforcer de conserver leur indépendance professionnelle, et, ce faisant, de garder la confiance de leur patient détenu.

Les médecins qui ont besoin de conseils sur des dilemmes éthiques peuvent s'adresser aussi bien à leur association médicale nationale qu'à l'Association médicale mondiale (AMM)⁷⁴ (www.wma.net/fr/10home/index.html). Les professionnels des soins infirmiers peuvent se tourner vers leur association nationale ainsi que vers le Conseil international des infirmières (CII), l'organisme qui fournit des orientations éthiques au personnel infirmier (www.icn.ch/fr/Accueil.html).

Les professionnels de la santé peuvent-ils déclarer un détenu « apte » à subir des mesures disciplinaires, dont l'isolement cellulaire ?

Tout comme n'importe lequel de leurs collègues travaillant au sein de la communauté, les professionnels de la santé qui travaillent dans une prison ont pour obligation première de protéger, de promouvoir et d'améliorer la santé de leurs patients. Naturellement, du fait qu'ils travaillent dans un contexte dont le but primordial est la sécurité, ils doivent suivre les règles et procédures nécessaires pour un fonctionnement sûr et légal de l'institution, mais leur rôle en tant que professionnels de la santé ne doit pas être subordonné à ce but. Leurs devoirs éthiques demeurent les mêmes que s'ils travaillaient dans la communauté mais, comme nous allons le voir, avec les diverses contraintes inhérentes au fait de travailler dans un lieu de privation de liberté.

« Le médecin devra agir uniquement dans l'intérêt de son patient lorsqu'il lui procure des soins qui peuvent avoir pour conséquence un affaiblissement de sa condition physique ou mentale » (Code international d'éthique médicale de l'AMM, 1949, tel qu'amendé en 1983.)

Il est clair que, pour un professionnel de la santé, toute forme de participation à des mesures disciplinaires dans une prison serait, en premier lieu, radicalement contraire à son rôle fondamental de dispensateurs de soins. Le premier devoir du médecin et de l'infirmier ou infirmière, où qu'ils travaillent, est envers la santé de leur patient (Association médicale mondiale, Déclaration de Genève de 1949, amendée en 1994 ; et Conseil international des

infirmières, Code déontologique du CII pour la profession infirmière, adopté en 1953 et révisé en 2005). De plus, afin d'établir et de maintenir la relation professionnelle et la confiance nécessaires avec le patient détenu, le personnel de santé d'une prison ne peut pas être considéré comme jouant un rôle dans l'administration de la prison, notamment en matière disciplinaire. Les soins doivent être dispensés « *en toute indépendance professionnelle et morale* » et fondés uniquement sur les besoins médicaux (Association médicale mondiale, Code international d'éthique médicale de 1949, amendé en 1983 ; et Conseil international des infirmières, Prise de position sur le rôle des infirmières dans les soins aux prisonniers et aux détenus, adoptée en 1998, révisée en 2006).

Il y a violation de l'éthique médicale si des membres du personnel de santé en particulier des médecins: [...]certifient, ou contribuent à ce qu'il soit certifié, que des prisonniers ou des détenus sont aptes à subir une forme quelconque de traitement ou de châtement qui peut avoir des effets néfastes sur leur santé physique ou mentale et qui n'est pas conforme aux instruments internationaux pertinents, ou participent, de quelque manière que ce soit, à un tel traitement ou châtement non conforme aux instruments internationaux pertinents. [Principe 4.b), Principes d'éthique médicale des Nations Unies⁷⁵.]

Ainsi, les normes internationales de l'éthique médicale précisent clairement que les professionnels de la santé, en particulier les médecins, ne doivent ni certifier qu'une personne est « apte à subir un châtement », ni participer de quelque façon que ce soit à ce châtement. Lorsqu'il est recouru à l'isolement dans un but autre que purement médical (par exemple, isolement d'un patient potentiellement infectieux), le personnel de santé ne peut prendre aucune part au processus de décision concernant son application ou son administration.

On a souvent entendu ou lu l'argument que le médecin peut jouer un rôle protecteur en évaluant l'aptitude d'une personne à subir certaines punitions. De fait, l'Ensemble de règles minima des Nations Unies, qui date des années 1950 et exprime une conception plus « paternaliste » de l'éthique précise que « *[l]es peines de l'isolement et de la réduction de nourriture ne peuvent jamais être infligées sans que le médecin ait examiné le détenu et certifié par écrit que celui-ci est capable de les supporter* » (règle 32.1)). Les normes évoluent avec le temps, cependant, et cette règle est maintenant en décalage manifeste avec les normes contemporaines de l'éthique médicale (voir plus haut) ainsi qu'avec celles de l'administration pénitentiaire et du traitement des détenus, qui, bien entendu, ne permettraient pas qu'une punition consiste à réduire l'apport nutritionnel de base d'un détenu. On peut certes considérer la question sous un autre angle : si le médecin décidait que certains détenus ne sont pas aptes à

subir un isolement cellulaire, cette sanction leur serait peut-être épargnée. En revanche, cela signifierait aussi que le médecin autoriserait effectivement le placement d'autres détenus à l'isolement. Non seulement il certifierait ainsi que quelqu'un est apte à subir une punition, mais il consentirait à une punition qui est connue pour porter atteinte à la santé mentale et physique.

Il existe toutefois un argument plus décisif. Nous avons cité dans ce manuel un nombre important d'études qui montrent les effets délétères de l'isolement cellulaire sur la santé mentale et physique de ceux auxquels il est appliqué, même pour des périodes relativement courtes. Le fait que, dans plusieurs instruments énonçant des normes pénitentiaires internationales et dans de nombreuses réglementations pénitentiaires nationales, une attention particulière soit accordée à l'isolement cellulaire et aux tentatives faites pour en atténuer les effets négatifs en associant le personnel de santé à son application indique clairement que les conséquences potentiellement dangereuses de cette mesure sont connues de ceux qui écrivent ces instruments. En d'autres termes, si l'isolement cellulaire est sans risque, pourquoi faut-il qu'un médecin vérifie si un détenu est apte à le supporter, et surveille ensuite quotidiennement l'état de santé physique et mentale des détenus mis à l'isolement ? Aucune autre mesure disciplinaire n'exige autant d'attention médicale.

C'est pourquoi l'Organisation mondiale de la Santé recommande : « *les médecins ne devraient pas s'associer à des mesures visant à isoler des détenus ou à restreindre leurs mouvements, excepté pour des raisons purement médicales, et ne devraient pas déclarer un détenu apte à subir un isolement disciplinaire ou toute autre forme de punition* » (*Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health* [La santé en prison. Un guide de l'OMS sur l'essentiel de la santé en milieu carcéral], 2007:36. Extrait traduit par nos soins). De même, le commentaire officiel de la version révisée des Règles pénitentiaires européennes précise : « *Un médecin ou un(e) infirmier(ère) qualifié(e) ne devrait pas être tenu(e) de déclarer un détenu apte à subir une sanction mais il (ou elle) peut conseiller l'administration pénitentiaire au regard du risque que certaines mesures peuvent constituer pour la santé des détenus*⁷⁶ ».

Les professionnels de la santé doivent-ils jouer un rôle de surveillance des effets de l'isolement disciplinaire une fois que celui-ci a commencé ?

Il ressort clairement des paragraphes précédents que le personnel de santé n'a aucun rôle à jouer en matière de discipline carcérale – et, par conséquent, ne doit pas surveiller les effets

d'une sanction sur la santé d'un détenu une fois la sanction en cours d'exécution. Si, de son propre chef, en se fiant à son jugement de médecin et non à titre de « procédure standard », un professionnel de la santé observe l'apparition d'effets négatifs et, à un certain point, intervient pour qu'il soit mis fin à une sanction disciplinaire, il agit effectivement en tant qu'arbitre de la durée pendant laquelle tel ou tel détenu peut supporter la punition en question. Inévitablement, il devra alors décider que certaines personnes doivent être sorties de l'isolement et d'autres non (tout en sachant que ces derniers risquent, tôt ou tard, de présenter des troubles psychologiques, psychiatriques ou physiques liés à l'isolement).

Il convient cependant de faire la distinction entre le fait de surveiller les effets potentiels d'une mesure sur la santé et le droit qu'ont tous les détenus d'avoir accès à des soins de santé, quel que soit leur statut, l'endroit où ils se trouvent ou leur comportement (ce point sera examiné plus en détail dans la section suivante). Nous avons là un nouvel exemple des contradictions fondamentales inhérentes à la double loyauté car, à l'évidence, la marge est étroite entre le fait de surveiller une punition et celui de fournir l'attention clinique et les soins nécessaires.

La version révisée des Règles pénitentiaires européennes (2006) prescrit que la mise à l'isolement devrait être une mesure exceptionnelle, imposée pour une période définie et aussi courte que possible (règle 60.5). Les Règles précisent ensuite que le personnel médical doit surveiller quotidiennement la santé des détenus en isolement cellulaire, et soulignent que si la santé physique ou mentale de ces détenus « *encourt des risques graves* », le médecin doit en faire rapport au directeur⁷⁷. De même, le CPT, dans ses premiers rapports généraux, prévoyait un rôle de surveillance pour les médecins [CPT, 2^e rapport général, CPT/Inf (92) 3 par. 56].

Cependant, dans une note de bas de page – souvent passée inaperçue – figurant dans la version révisée des Règles pénitentiaires européennes, le gouvernement du Danemark a émis une réserve, faisant valoir que « *l'exigence selon laquelle les prisonniers placés en isolement cellulaire [devraient être] visités par du personnel médical quotidiennement soulève de sérieuses préoccupations éthiques quant au rôle que ce personnel pourrait être appelé à jouer pour décider si ces prisonniers sont aptes à continuer à faire l'objet d'un tel isolement* ». On aurait pu formuler la même objection en se fondant sur le fait que l'isolement peut constituer une forme de mauvais traitement, si bien que la participation du personnel de santé serait contraire non seulement à l'éthique, mais également au droit international. Au sujet de cette question d'éthique, le commentaire officiel des Règles pénitentiaires révisées précise que les visites quotidiennes aux détenus à l'isolement « *ne peuvent en aucun cas être considérées comme une*

acceptation ou une légitimation d'une décision de mettre ou de garder des prisonniers dans des conditions d'isolement cellulaire ».

Que faire si la mesure disciplinaire est effectivement ou potentiellement dangereuse ?

Il va de soi que si les actes de torture ou autres traitements cruels, inhumains et dégradants sont interdits par le droit international, les professionnels de la santé sont eux aussi tenus de respecter les dispositions de ce droit. Leur conduite doit également obéir à des normes éthiques internationales qui interdisent clairement non seulement toute participation active à un interrogatoire, mais aussi d'autres actes tels que concevoir ou planifier des méthodes d'interrogatoire, en particulier lorsqu'il est fait appel à des connaissances médicales ou lorsque des informations médicales confidentielles sont utilisées contre le patient⁷⁸. La Déclaration de Tokyo de l'Association médicale mondiale précise dans son paragraphe 3 :

Dans le cadre de l'assistance médicale qu'ils fournissent aux détenus ou aux prisonniers qui sont ou pourraient ultérieurement être soumis à des interrogatoires, les médecins doivent tout particulièrement veiller à la confidentialité de toutes les informations médicales personnelles. Toute infraction à la Convention de Genève doit être systématiquement signalée par le médecin aux autorités compétentes. Dans toute la mesure du possible, le médecin ne doit pas utiliser ni permettre que soient utilisées ses connaissances ou compétences médicales ou des informations de santé spécifiques aux personnes, pour faciliter ou sinon contribuer à un interrogatoire, légal ou illégal, de ces personnes.

Les normes éthiques prescrivent en outre clairement que si des professionnels de la santé savent ou soupçonnent qu'un acte criminel ou autre acte illégal est prévu ou a été commis dans une prison ou un autre lieu de détention, ils sont tenus d'en faire rapport par les voies appropriées aux autorités compétentes. Ce sont alors ces autorités qui décideront s'il y a responsabilité pénale et quelle mesure doit être prise. Bien entendu, faire un rapport ou dénoncer les actes de collègues (ce que l'on appelle parfois « *whistle blowing* », ou dénonciation d'abus) est une démarche très délicate qui, dans certains États, peut même mettre en danger la vie des dénonciateurs. Dans les pays où les autorités concernées jouissent d'une certaine impunité, un dispositif distinct peut être mis en place pour permettre la dénonciation confidentielle des incidents. L'Association médicale mondiale a déclaré expressément que la profession médicale a l'obligation de soutenir et protéger les médecins qui subissent des pressions pour participer à des actes de torture ou d'autres mauvais traitements, ainsi que ceux qui s'élèvent contre ces pratiques et les dénoncent (AMM, Déclaration de Hambourg⁷⁹).

Par conséquent, si le recours à l'isolement cellulaire est considéré comme un traitement inhumain ou dégradant, et parfois comme un acte de torture, il serait contraire à la fois au droit international et aux normes internationales d'éthique médicale que des médecins ou autres professionnels de la santé participent à cette pratique de quelque façon que ce soit, la cautionnent ou consentent à son utilisation. Dans les cas où les effets négatifs de l'isolement cellulaire sur la santé servent délibérément à des fins d'interrogatoire, que ce soit pour affaiblir physiquement ou mentalement le détenu concerné, pour le désorienter ou pour faire naître chez lui de la dépendance et de la peur, entre autres, cette pratique peut constituer de la torture ou un traitement cruel, inhumain ou dégradant, en violation du droit international et des normes d'éthique médicale. Les professionnels de la santé associés à de tels actes seront coupables au même titre que les autorités pénitentiaires ou les forces de sécurité. De même, si un médecin ou autre membre du personnel de santé divulguait des informations médicales confidentielles sur un patient essentiellement aux fins de l'interrogatoire, ce serait contraire à l'éthique, et dans les cas où l'interrogatoire s'apparenterait à un acte de torture ou autre mauvais traitement, cela constituerait de la complicité.

Un détenu en isolement cellulaire perd-il le droit de bénéficier de soins de santé ?

Non. En droit international, toute personne, y compris tout détenu (quelle que soit sa situation dans la prison, et indépendamment de toute infraction disciplinaire qu'il aurait commise), conserve le droit d'avoir accès à des soins de santé appropriés et de recevoir de tels soins⁸⁰. Les autorités pénitentiaires et les gouvernements ont par conséquent le devoir positif d'assurer aux détenus des soins de santé d'un niveau équivalent à celui qui a cours dans la communauté, et cette obligation devrait être énoncée dans la législation et la réglementation pénitentiaires nationales. En Angleterre et au Pays de Galles, le principe de l'équivalence des soins a été approuvé par le Parlement et incorporé dans les normes et lignes directrices du Service pénitentiaire⁸¹. Cette prescription exclut toutefois le droit de choisir son propre médecin (BMA, 1992:177).

L'obligation éthique de dispenser aux détenus des soins de santé de la même qualité que ceux dont bénéficie la communauté locale est aussi formulée expressément dans plusieurs instruments internationaux. Par exemple :

Les membres du personnel de santé, en particulier les médecins, chargés de dispenser des soins médicaux aux prisonniers et aux détenus sont tenus d'assurer la protection de leur santé physique et mentale et, en cas de maladie, de leur dispenser un traitement de la même qualité et répondant aux mêmes normes que celui dont bénéficient les personnes

Ainsi, quiconque est placé en isolement cellulaire, pour quelque durée que ce soit, ne perd pas le droit de demander des soins médicaux, d'être vu sans délai par un médecin et de recevoir un traitement approprié à la nature et à la gravité du problème diagnostiqué.

Comme dans tout autre quartier de la prison, le personnel carcéral peut alerter le personnel médical sur des problèmes de santé effectifs ou potentiels que le détenu lui-même pourrait ne pas avoir remarqués. En principe, ceci devrait se faire avec le consentement du détenu, lequel ne souhaite pas toujours voir un membre du personnel de santé. Toutefois, si le personnel carcéral considère que le problème constaté peut présenter un risque pour le détenu, il devrait alerter le personnel de santé quoi qu'il en soit. Il est en outre recommandé que, lorsqu'ils sont préoccupés par l'état d'un détenu en isolement cellulaire, les médecins se rendent auprès de lui de leur propre initiative, même s'il ne l'a pas demandé (OMS, *Health in Prisons*, 2007:36). Il s'agit là d'une bonne pratique, conforme aux principes de suivi intensif dans la communauté (*Assertive community treatment, ACT*) applicables en dehors de la prison.

Enfin, le droit des détenus à la santé est reconnu comme faisant partie intégrante de l'action globale de promotion et de protection de la santé publique dans la communauté, les détenus faisant partie de la société et, dans leur vaste majorité, ne passant que relativement peu de temps avant de retourner dans la communauté. Généralement, les problèmes de santé constatés dans les prisons reflètent, en les amplifiant, ceux qui existent dans la communauté, si bien que ne pas tenir compte de la santé carcérale signifie, de fait, ne pas veiller suffisamment à la santé publique au sein de la communauté. L'OMS a fort bien résumé ce constat en déclarant que la santé en prison était un enjeu de santé publique⁸².

Les détenus à l'isolement ont-ils droit à des examens médicaux confidentiels et à la confidentialité de leurs dossiers médicaux ?

Là aussi, le personnel de santé doit se distinguer en tout temps du personnel de surveillance. S'il est admis que, dans de très rares cas, les membres du personnel médical puissent être obligés de prendre des précautions face à un détenu potentiellement violent, les examens médicaux doivent néanmoins être effectués d'une manière qui respecte le droit des patients à la vie privée et garantisse la confidentialité. Si une relation de confiance s'est établie dès le départ entre le personnel de santé et le détenu, il est rarement nécessaire de recourir à des mesures de sécurité excessives.

Le principe de la confidentialité médicale peut se heurter à des obstacles particuliers dans les unités de haute sécurité et d'isolement en raison des dispositifs de sécurité de ces structures, et parce qu'elles hébergent des détenus considérés comme présentant un risque élevé. Ceci peut signifier, par exemple, que toutes les zones de l'unité sont filmées par les caméras de surveillance vidéo en circuit fermé, ce qui limite la possibilité de disposer d'un espace privé où procéder à l'examen. Dans certaines situations, le personnel de surveillance peut insister pour que les entretiens médicaux avec des détenus aient lieu à travers une vitre de séparation, ou que les détenus soient menottés ou entravés par un autre moyen ; il peut aussi insister pour rester à proximité immédiate pendant l'examen. Selon l'analyse ci-dessus, précisant le devoir qui incombe au personnel de santé de dispenser des soins de la même qualité et de suivre les mêmes pratiques éthiques dans les prisons qu'à l'extérieur, il est évident que de telles mesures de sécurité perturberaient la relation médecin-patient. Il convient également de noter, d'ailleurs, que ces mesures de sécurité affectent aussi la qualité des soins cliniques. Le fait de devoir effectuer n'importe quel entretien ou acte médical à travers une vitre de séparation ou la fente de surveillance aménagée dans la porte de la cellule constitue évidemment une pratique clinique inacceptable. Il y a certes des cas où un détenu a des antécédents avérés de violence ou de menaces, et il faut naturellement veiller à la sécurité du personnel de santé. Cependant, cela doit se faire au cas par cas, et il ne faut pas que cela devienne une politique générale applicable à toutes les consultations en milieu carcéral.

Un détenu en isolement cellulaire, par conséquent, devrait pouvoir être vu en consultation dans le centre de santé de la prison exactement comme les autres détenus. L'utilisation d'entraves pendant une consultation médicale peut non seulement nuire à la procédure clinique, mais aussi porter atteinte à la relation entre le patient détenu et le personnel de santé, ce dernier apparaissant alors comme un élément du système de sécurité parmi d'autres. La nécessité de prévoir des mesures de sécurité supplémentaires pour certains détenus doit être évaluée – et réévaluée régulièrement – sur une base individuelle, de préférence par un groupe interdisciplinaire composée de professionnels de la santé, de personnel de surveillance et de membres de la direction, et utilisant des protocoles établis de gestion des risques. Lorsqu'il existe un grave danger de violence, le personnel de santé et les surveillants devraient avoir recours d'abord aux techniques de « désescalade » ; les mesures de sécurité supplémentaires que le personnel de surveillance pourrait juger indispensables devraient être proportionnées et faire appel au minimum de moyens nécessaire. En outre, il faudrait s'attacher davantage à sécuriser la salle de consultation qu'à recourir à la mesure ultime

d'entraver le patient⁸³. Si l'on pense qu'il existe un risque important, un genre de « bouton d'alarme » devrait être installé dans la pièce, et si le personnel de surveillance insiste pour rester à proximité du patient, il peut rester dans le champ de vision mais à distance suffisante pour ne pas entendre ce qui se dit pendant la consultation.

Les *Good Medical Practice Guidelines* (2006) du General Medical Council britannique exigent des médecins qu'ils respectent le droit du patient à la dignité et à la confidentialité, et prévoient que les détenus soient examinés non entravés et hors de la présence de surveillants de la prison, sauf s'il existe un fort risque de violence. Lorsque ce risque existe, il faut maintenir dans toute la mesure du possible le respect de la vie privée et de la dignité du patient ainsi que la confidentialité (British Medical Association [BMA], *Ethical Guidance*, 2004). Dans la pratique, les circonstances dans lesquelles les médecins sont obligés de transiger sur le respect de la vie privée d'un patient et de la confidentialité sont très rares, et il convient de s'en souvenir lorsqu'on accepte des restrictions à la pratique clinique. En fin de compte, les médecins doivent faire appel à leur jugement professionnel et doivent mettre en balance les besoins de leurs patients et les besoins en matière de sécurité et de sûreté. L'expérience montre qu'il est rare que ces derniers doivent l'emporter.

Une fois qu'un examen a été effectué et qu'un dossier médical est établi, les professionnels de la santé ont le devoir de garder confidentielles toutes les informations relatives à leur patient.

Le médecin devra respecter le droit du patient à la confidentialité. Il est conforme à l'éthique de divulguer des informations confidentielles lorsque le patient y consent ou lorsqu'il existe une menace dangereuse réelle et imminente pour le patient ou les autres et que cette menace ne peut être éliminée qu'en rompant la confidentialité. (AMM, Code international d'éthique médicale, 1949)

Cette exigence est essentielle à la relation médecin-patient. Sans l'assurance du respect de la confidentialité, les patients risquent d'hésiter à donner des informations à ceux qui leur dispensent des soins de santé. Il est souvent encore plus difficile d'établir la confiance et une bonne relation médecin-patient dans le contexte carcéral qu'en dehors de la prison, car les détenus risquent d'assimiler le personnel médical aux autorités pénitentiaires. En outre, ce dernier peut être soumis à des pressions pour dévoiler des informations à du personnel non médical de la prison qui croirait, à tort, qu'il a droit à certains renseignements pour sa propre protection. Les lignes directrices en matière de bonne pratique précisent clairement que toute

divulgence d'informations confidentielles doit obéir aux principes établis de l'éthique médicale, et que les médecins qui divulguent des informations doivent toujours être prêts à justifier leur décision au regard de ces principes⁸⁴ : Comme cela est expliqué dans le Code international d'éthique, il se présentera bien sûr des situations où le professionnel de la santé pourra juger qu'il existe, pour le patient lui-même, d'autres détenus ou le personnel, une menace dangereuse réelle et imminente, et qu'il est nécessaire de divulguer certaines informations médicales pour protéger le patient ou des tiers. Ce serait le cas, par exemple, si un patient avait des idées de suicide et risquait de passer à l'acte. Le médecin pourrait alors juger qu'il doit révéler certains éléments d'information pour que le patient fasse l'objet d'une « surveillance spéciale suicide ». Si un professionnel de la santé estime qu'un détenu a menacé de s'en prendre à un codétenu ou à un membre du personnel d'une façon qui laisse présager un risque élevé de passage à l'acte, il doit envisager de signaler cette menace afin de protéger la victime potentielle.

5.3 Jurisprudence concernant la fourniture de soins médicaux en prison

Le fait de ne pas dispenser de soins médicaux adéquats pose certes un problème éthique, mais peut aussi constituer une violation des droits humains fondamentaux des détenus en droit international. L'examen de la question de l'accès à des soins médicaux appropriés dans les prisons et autres centres de détention a permis d'établir certains principes, énoncés ci-dessous :

- Les autorités pénitentiaires ont l'obligation de protéger l'intégrité physique des personnes privées de liberté (CEDH, *Hurtado c. Suisse* 1994, série A n° 280, par. 79) et doivent fournir assistance médicale et traitement aux personnes qui sont détenues sous leur juridiction (CEDH, *Aerts c. Belgique* 1998, *Recueil* 1998-V).
- Cette obligation n'est pas subordonnée au comportement du détenu : « *Il convient de souligner à cet égard que le comportement grossier allégué du requérant envers le personnel médical, non plus, d'ailleurs, que toute violation des règles et de la discipline de la prison par un détenu, ne saurait en aucune circonstance justifier un refus de fournir une assistance médicale* ». [*Iorgov c. Bulgarie*, 2004, par. 85. Extrait traduit par nos soins.]
- Le fait de ne pas dispenser de soins médicaux appropriés à un détenu qui en a manifestement besoin peut être assimilé à un traitement inhumain ou dégradant constituant une violation de l'article 3 de la Convention européenne. [CEDH, affaires

- Un degré de vigilance accru s'impose lorsqu'on a affaire à des personnes vulnérables, par exemple à des détenus atteints de maladie mentale, compte tenu de leur vulnérabilité et de leur incapacité, dans certains cas, de se plaindre de façon cohérente – voire tout simplement de se plaindre – de la façon dont leurs conditions de détention les affectent. [*Herczegfalvy c. Autriche, 1993 15 CEDH 437.*]

Étude de cas : le décès de Mark Keenan⁸⁵

Mark Keenan avait 28 ans lorsqu'il mourut asphyxié après s'être pendu dans sa cellule de la prison d'Exeter. Ses antécédents médicaux comprenaient des symptômes de paranoïa, des crises d'agressivité et de violence et de l'automutilation. Il avait été diagnostiqué comme souffrant de schizophrénie paranoïde et, depuis l'âge de 21 ans, il s'était vu prescrire par intermittence des antipsychotiques.

Les faits de la cause

Le 1^{er} avril 1993, Mark Keenan est reconnu coupable d'agression sur la personne de son amie et condamné à quatre mois d'emprisonnement. Il est incarcéré à la prison d'Exeter, où il est d'abord placé en observation dans le centre médical pour évaluation de son état. Lorsqu'on lui propose, le 14 avril, de le transférer dans un quartier ordinaire de la prison, il se barricade dans le centre médical pour protester. Le 16 avril, il est transféré dans une cellule ordinaire, mais il est reconduit au centre médical le lendemain soir, son compagnon de cellule ayant signalé qu'il avait fabriqué une corde avec un drap. Il est placé dans une cellule nue avec une surveillance tous les quarts d'heure. Le 26 avril, on tente une nouvelle fois de le transférer dans une cellule ordinaire, mais, de nouveau, il doit être reconduit au centre médical le lendemain. Le 29 avril, son état est évalué par le psychiatre visiteur de la prison, qui prescrit un changement de médicaments et recommande qu'il ne soit pas en contact avec d'autres détenus jusqu'à ce que sa panique se soit calmée. Le lendemain, on parle une fois encore à Mark Keenan de la possibilité de le transférer dans une cellule ordinaire.

Il dit qu'il ne se sent pas prêt pour ce transfert. Au cours de la journée, on note une dégradation de son état mental, avec des signes d'agressivité et de paranoïa. Le médecin, qui n'a pas de formation en psychiatrie, estime que le changement de médicaments peut en être la cause, et prescrit de reprendre le traitement précédent. À 18 heures, Mark Keenan agresse deux infirmiers. Il est placé dans une cellule nue et surveillé toutes les 15 minutes. Le 1^{er} mai, le médecin responsable de la prison, qui a suivi une formation de six mois en psychiatrie, certifie qu'il est en état de passer en jugement pour agression et d'être placé en isolement. Pendant cette période dans le quartier d'isolement, Mark Keenan paraît agité et angoissé, et menace de s'infliger des blessures. Il est de nouveau transféré dans une cellule nue du quartier sanitaire, où il continue à paraître agité et se montre agressif envers le personnel.

Le 3 mai, on lit dans son dossier médical qu'il a un « comportement bien meilleur », et qu'il a demandé à retourner dans l'unité d'isolement. De retour dans cette unité, une note indique qu'il semble aller mieux mais a toujours besoin d'être surveillé, et qu'il a déclaré qu'il « sentait venir une crise ». Ce même soir, il est consigné dans son dossier médical qu'il fait des histoires et qu'on lui administre une dose supplémentaire de médicament. Plus rien n'est inscrit dans ce dossier médical jusqu'à son suicide, le 15 mai, bien que des inscriptions dans le registre des incidents de l'unité d'isolement indiquent qu'il a un « comportement étrange ». Le 14 mai, neuf jours avant la date prévue pour sa libération et deux semaines après les événements, il passe en jugement pour avoir agressé des gardiens de prison, et il voit son incarcération prolongée de 28 jours, dont sept en isolement disciplinaire. Le matin suivant, il reçoit la visite de l'aumônier, du médecin et d'un ami. Tous se rappellent, plus tard, qu'il semblait calme, bien que malheureux de sa punition. À 18h35 ce soir-là, Mark Keenan est trouvé mort dans sa cellule. Il

semble qu'un moment avant de se pendre, il ait appuyé sur le bouton d'alarme qui se trouve dans sa cellule.

Conclusions de la Cour

Devant apprécier si le traitement appliqué à Mark Keenan viole l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme, la Cour conclut par l'affirmative, et se montre particulièrement critique à l'égard du niveau et de la qualité des soins médicaux qu'il a reçus : « *En l'espèce, la Cour est frappée par la rareté des notes consignées dans le dossier médical de Mark Keenan, alors que l'on connaissait ses tendances suicidaires et que l'on pouvait prévoir que l'isolement puis la sanction disciplinaire le soumettaient à un stress supplémentaire. [...] Le fait que l'état de Mark Keenan n'ait pas été surveillé de manière effective et que son état ait été apprécié et son traitement défini sans consulter des spécialistes en psychiatrie est constitutif de graves lacunes dans les soins médicaux prodigués à un malade mental dont on connaissait les tendances suicidaires. Dans ces conditions, l'infliction tardive d'une sanction disciplinaire lourde [...], ce qui était susceptible d'ébranler sa résistance physique et morale, n'est pas compatible avec le niveau de traitement exigé à l'égard d'un malade mental* (par. 113-115).

POINTS ESSENTIELS

- Le personnel de santé ne doit participer d'aucune façon à des procédures disciplinaires, en particulier lorsqu'il s'agit de déclarer des détenus aptes à supporter certaines mesures, notamment l'isolement cellulaire.
- Lorsque le recours à l'isolement cellulaire est abusif et peut être assimilé à de la torture ou à d'autres formes de mauvais traitement, le personnel de santé a l'obligation de signaler et de dénoncer les actes en question aux autorités et aux associations professionnelles compétentes.
- Les détenus à l'isolement cellulaire, tous comme les autres détenus, ont le droit à des soins médicaux du même niveau que ceux dont dispose la population à l'extérieur de la prison.
- Les prestataires de soins médicaux en prison ont l'obligation de respecter les principes établis d'éthique médicale, en particulier le principe de confidentialité des informations médicales.
- Le personnel médical est tenu de se familiariser avec ces principes.

⁷⁰ Pour un examen plus poussé de la question, voir : British Medical Association (2001) *The Medical Professions & Human Rights: Handbook for a changing Agenda*, Zed Books, London & New York, en particulier le chapitre 5.

⁷¹ Le présent chapitre ne prétend pas traiter tout l'éventail de la problématique d'éthique médicale qui se pose dans les lieux de détention, mais se concentre sur les conflits et problèmes liés à la pratique de l'isolement cellulaire.

⁷² Le présent chapitre a été rédigé conjointement avec le D^r Jonathan Beynon, coordonnateur médical chargé de la santé carcérale, Comité international de la Croix-Rouge. Des remerciements sont également adressés à Julian Sheather, du département d'éthique médicale de la British Medical Association, pour ses commentaires pertinents sur une version initiale de ce chapitre. Les points de vue exprimés sont les opinions personnelles des auteurs, et ne représentent pas nécessairement la position de leurs organisations respectives.

⁷³ *Dual Loyalty & Human Rights in Health Profession Practice*, Physicians for Human Rights and the School of Public Health and Primary Health Care, University of Cape Town, 2002:I.

⁷⁴ L'un des buts essentiels de l'Association médicale mondiale (AMM), créée en 1948 en réaction directe aux horreurs perpétrées par le régime nazi, et en particulier à la participation directe de médecins nazis à nombre de ces atrocités, est l'adoption et la promotion de normes internationales d'éthique médicale. La Déclaration de Genève de l'AMM est une version moderne du serment d'Hippocrate, l'engagement de se consacrer au service de l'humanité qui est implicite dans le travail de tout médecin.

⁷⁵ Principes d'éthique médicale applicables au rôle du personnel de santé, en particulier des médecins, dans la protection des prisonniers et des détenus contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies le 18 décembre 1982 (résolution 37/194).

⁷⁶ Commentaire de la recommandation REC(2006)2 du comité des Ministres aux États membres sur les Règles pénitentiaires européennes, commentaire sur la règle 43.

⁷⁷ Règles pénitentiaires européennes, Conseil de l'Europe, Recommandation Rec (2006)2 du Comité des Ministres, 11 janvier 2006. Règle 43.2 : *Le médecin ou un(e) infirmier(ère) qualifié(e) dépendant de ce médecin doit prêter une attention particulière à la santé des détenus dans des conditions d'isolement cellulaire, doit leur rendre visite quotidiennement ; et doit leur fournir promptement une assistance médicale et un traitement, à leur demande ou à la demande du personnel pénitentiaire.* Et règle 43.3 : *Le médecin doit présenter un rapport au directeur chaque fois qu'il estime que la santé physique ou mentale d'un détenu encourt des risques graves du fait de la prolongation de la détention ou en raison de toute condition de détention, y compris celle d'isolement cellulaire.*

⁷⁸ Association médicale mondiale, Déclaration de Tokyo (Directives à l'intention des médecins en ce qui concerne la torture et les autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants en relation avec la détention ou l'emprisonnement) adoptée par la 29^e Assemblée médicale mondiale, Tokyo (Japon), octobre 1975, et révisée en 2006. Article 1: *Le médecin ne devra jamais assister, participer ou admettre les actes de torture ou autres formes de traitements cruels, inhumains ou dégradants, [...].* Également : Conseil international des infirmières, Prise de position sur la torture, la peine capitale et la participation des infirmières aux exécutions, 1998.

⁷⁹ Association médicale mondiale, Déclaration de Hambourg sur le soutien aux médecins qui refusent toute participation ou caution à l'utilisation de la torture ou autre forme de traitement cruel, inhumain ou dégradant, adoptée par la 49^e Assemblée générale, Hambourg (Allemagne), novembre 1997.

⁸⁰ Dans le droit international des droits de l'homme, le droit à la santé est consacré par le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) et énoncé de façon détaillée dans l'Observation générale n° 14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels (Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, document des Nations

Unies E/C.12/2000/4 du 11 août 2000, par. 1). Voir aussi la règle 22 de l'Ensemble de règles minima et la règle 40 des Règles pénitentiaires européennes.

⁸¹ Prison Service Order 3200 ; PSI 5/2003. Voir aussi : Joint Parliamentary Committee on Human Rights (2004), Third Report Session 2004-05, HL 15/I/HC 137-I ; All Parliamentary Group on Prison Health (2006), The Mental Health Problem in UK HM Prisons.

⁸² OMS Europe, Déclaration de Moscou – Déclaration sur la santé en prison et la santé publique, adoptée à Moscou le 24 octobre 2003.

⁸³ L'utilisation d'entraves à des fins médicales, par exemple pour un patient souffrant de troubles psychotiques aigus, relève davantage d'un jugement clinique visant à protéger ce patient ou d'autres personnes que de simples considérations de sécurité ou de gestion de la prison.

⁸⁴ Pour des conseils plus précis, voir : General Medical Council, *Good Practice Guidance on Confidentiality: Protecting and Providing Information*, April 2004 ; British Medical Association *Medical Ethics Today*, 2004 ; Royal College of Psychiatrists, *Good Psychiatric Practice: Confidentiality and Information Sharing*, CR 133, 2006.

⁸⁵ CEDH, Affaire *Keenan c. Royaume-Uni*, requête n° 27229/95, arrêt du 3 avril 2001.

6. Surveillance et inspection des quartiers d'isolement cellulaire

Tous les aspects de l'isolement cellulaire examinés dans le présent manuel – mise à l'isolement, conditions de l'isolement, régime de détention, contact avec le monde extérieur et fourniture de soins médicaux – devraient faire l'objet d'un suivi et d'un examen attentifs par des organismes d'inspection nationaux et internationaux.

Des instruments internationaux et régionaux soulignent l'importance qu'il y a à mettre en place des mécanismes d'inspection et de surveillance des prisons et autres lieux de détention :

Des inspecteurs qualifiés et expérimentés, nommés par une autorité compétente, devront procéder à l'inspection régulière des établissements et services pénitentiaires. Ils veilleront en particulier à ce que ces établissements soient administrés conformément aux lois et règlements en vigueur et dans le but d'atteindre les objectifs des services pénitentiaires et correctionnels. [ERM, règle 55 ; Ensemble de principes, principe 29.1 ; RPE, règles 9, 92, 93.]

Outre que les représentants de l'organisme d'inspection devront pouvoir inspecter physiquement les lieux de détention, ils devront aussi avoir librement accès, sans restriction, aux personnes qui y sont détenues :

Toute personne détenue ou emprisonnée a le droit de communiquer librement et en toute confiance avec les personnes qui inspectent les lieux de détention ou d'emprisonnement conformément au paragraphe 1 du présent principe, sous réserve des conditions raisonnablement nécessaires pour assurer la sécurité et le maintien de l'ordre dans lesdits lieux. [Ensemble de principes, principe 29.2.]

Aux termes de l'article 14 du Protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture, les États parties s'engagent à accorder au Sous-Comité pour la prévention de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants :

1 [...]

- a) L'accès sans restriction à tous les renseignements concernant le nombre de personnes se trouvant privées de liberté dans les lieux de détention visés à l'article 4, ainsi que le nombre de lieux de détention et leur emplacement ;
- b) L'accès sans restriction à tous les renseignements relatifs au traitement de ces personnes et à leurs conditions de détention ;
- c) Sous réserve du paragraphe 2 ci-après, l'accès sans restriction à tous les lieux de détention et à leurs installations et équipements ;
- d) La possibilité de s'entretenir en privé avec les personnes privées de liberté, sans témoins, soit directement, soit par le truchement d'un interprète si cela paraît nécessaire, ainsi qu'avec toute autre personne dont le Sous-Comité de la prévention pense qu'elle pourrait fournir des renseignements pertinents ;
- e) La liberté de choisir les lieux qu'il visitera et les personnes qu'il rencontrera.

2. Il ne peut être fait objection à la visite d'un lieu de détention déterminé que pour des raisons pressantes et impérieuses liées à la défense nationale, à la sécurité publique, à des catastrophes naturelles ou à des troubles graves là où la visite doit avoir lieu, qui empêchent provisoirement que la visite ait lieu. Un État partie ne saurait invoquer l'existence d'un état d'urgence pour faire objection à une visite.

Les inspections sont particulièrement importantes dans les quartiers d'isolement, car il s'agit d'unités fermées au sein d'établissements fermés, coupées non seulement du monde extérieur mais aussi des autres quartiers de la prison et de la société carcérale en général. Comme l'énoncent clairement les principes ci-dessus, l'organisme d'inspection devrait avoir librement accès aussi bien aux installations et équipements de l'unité qu'aux détenus qui y sont incarcérés. Il devrait aussi avoir accès à la documentation pertinente, par exemple les procès-verbaux des audiences de placement et de réexamen, le registre des incidents et les dossiers de l'unité, les enregistrements de la surveillance vidéo en circuit fermé, etc. Le personnel de santé qui fait partie de l'équipe visiteuse doit avoir plein accès aux dossiers et registres médicaux. Les inspecteurs doivent veiller à ce que les détenus à l'isolement aient la possibilité de parler de leur traitement en privé et de façon confidentielle.

L'organisme d'inspection examinera certains des points suivants⁸⁶:

- La décision de placer le détenu à l'isolement a-t-elle été prise conformément aux prescriptions légales ?
- Pour quelles raisons le détenu a-t-il été placé dans l'unité d'isolement? Le détenu connaît-il ces raisons et a-t-il eu la possibilité de recourir contre la décision ?
- La décision de placement est-elle réexaminée régulièrement ?
- Les conditions matérielles de détention (cellules, salle de douches, espaces pour l'exercice) sont-elles conformes aux normes requises ?
- Les détenus ont-ils accès à des soins médicaux adéquats ?
- Les dossiers médicaux sont-ils bien tenus et rangés en lieu sûr ?
- Les détenus bénéficient-ils d'un régime approprié ?
- Ont-ils régulièrement accès à un espace en plein air ?
- Ont-ils des contacts avec le monde extérieur ?

Au niveau national, les inspections sont généralement effectuées par un organisme désigné par le ministère responsable des prisons, et qui fait rapport à ce ministère. Il peut aussi nommer un organe de surveillance local chargé de suivre régulièrement des détenus entre les inspections.

Ces organes prêteront particulièrement attention aux quartiers d'isolement, ainsi qu'à l'emploi de la force et à l'utilisation d'entraves.

Étude de cas – Régime de détention extrême : rapport de l'Inspecteur en chef des prisons de Sa Majesté (HMCIP) pour l'Angleterre et le Pays de Galles

En 2006, HMCIP a procédé à une étude thématique de toutes les unités d'isolement du High Security Estate (HSE) et du Close Supervision System (CSC) conçus pour la gestion des détenus difficiles. Il s'agissait des unités où les détenus étaient gardés en isolement dans les environnements les plus restrictifs et les plus contrôlés, qui risquaient le plus d'être nocifs pour eux. L'étude thématique faisait suite à des critiques des méthodes du personnel dans les quartiers d'isolement de haute sécurité émanant, entre autres, de coroners.

Le rapport décrivait les progrès accomplis – certains innovants, notamment s'agissant d'intégrer une dimension de santé mentale dans les soins en détention – mais mettait aussi en évidence les efforts qui restaient à faire. L'inspection révélait un noyau dur de détenus placés pour une longue durée dans des quartiers d'isolement, qui avaient des besoins complexes et qui ne pouvaient pas être gérés avec la sécurité voulue ailleurs. Un certain soutien psychiatrique et thérapeutique était disponible dans les unités, mais il ne suffisait pas, et de nombreux détenus voyaient leur état se dégrader dans un isolement cellulaire prolongé. HMCIP recommandait des plans de soins individuels, pluridisciplinaires et dotés de ressources adéquates pour contribuer positivement à la santé des détenus, ainsi que l'aménagement de possibilités de stimulation mentale et sociale et de périodes hors des cellules.

L'équipe d'inspection a examiné les dossiers et s'est entretenue tant avec les détenus qu'avec le personnel. Elle a formulé 17 recommandations d'améliorations dans les unités d'isolement du CSC et 21 dans celles du HSE, et a recensé 17 types de bonnes pratiques. Seule une de ses recommandations a été rejetée.

Cette étude illustre le rôle constructif que peut jouer un organisme d'inspection indépendant, en soumettant à un examen attentif une partie d'un système pénitentiaire fermé qui resterait autrement cachée, et où il règne un fort potentiel d'excès de pouvoir du personnel et, par conséquent, de détérioration de l'état des détenus. Lorsque le système pénitentiaire est aussi un utilisateur averti de l'inspection et tire le meilleur parti de ses conclusions, le processus peut avoir des résultats positifs pour les détenus.

Les inspections de prisons peuvent aussi être effectuées par des organismes régionaux. En Europe, par exemple, le Comité pour la prévention de la torture (CPT), dont les rapports sont fréquemment cités dans le présent ouvrage, peut visiter n'importe quel lieu de détention relevant de la juridiction des États membres. Quant aux organismes internationaux chargés d'inspecter et de suivre la situation dans les lieux de détention, ce sont notamment le Comité international de la Croix-Rouge (CICR), qui a pour mandat de visiter tous les lieux de détention

dans les contextes de conflit armé, et le Rapporteur spécial des Nations Unies sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Le Protocole facultatif se rapportant à la Convention des Nations Unies contre la torture établit à la fois un organisme international d'experts chargé d'effectuer à titre préventif des visites à tout lieu où se trouvent des personnes privées de liberté dans les États parties (voir ci-dessus), et un mécanisme national de prévention, organe indépendant chargé d'effectuer régulièrement des visites préventives dans tous les lieux où se trouvent des personnes privées de liberté dans le pays concerné.

Notes

⁸⁶ Voir : Association pour la prévention de la torture (APT), *Visiter un lieu de détention. Guide pratique*. Genève, avril 2004 ; HM Chief Inspectorate of Prisons, *Expectations: criteria for assessing the condition in prisons and the treatment of prisoners* (mis à jour régulièrement).

7. Récapitulatif des recommandations

Un certain nombre de thèmes communs se dégagent des diverses sources examinées dans le présent manuel de référence : a) l'isolement cellulaire est une mesure extrême et potentiellement délétère ; b) son emploi devrait être réservé à quelques cas exceptionnels ; c) les périodes d'isolement devraient être aussi courtes que possible, et d) lorsque des détenus sont placés en isolement, ils devraient l'être dans des conditions décentes et pouvoir bénéficier de **véritables** contacts humains et d'activités **motivantes**. Les privations inhérentes à l'isolement cellulaire ne devraient pas être aggravées par des restrictions supplémentaires aux visites familiales ni aux effets que les détenus peuvent avoir dans leur cellule, tels que livres et magazines, matériel pour travaux manuels et hobbies, poste de radio personnel, etc. Ces objets peuvent contribuer à atténuer les aspects dangereux de l'isolement cellulaire.

À l'évidence, aussi, il existe actuellement des lacunes dans les garanties et mesures de protection internationales contre une utilisation abusive de l'isolement cellulaire et ses effets négatifs sur la santé. Il est donc nécessaire de développer plus avant les normes internationales des droits de l'homme, en se fondant sur l'appel des Nations Unies de 1990 tendant à l'abolition du régime d'isolement cellulaire (Principe 7 des Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus). À cette fin, le 9 décembre 2007, un groupe de travail composé de 24 experts internationaux a adopté la Déclaration d'Istanbul sur le recours à l'isolement cellulaire et les effets de cette pratique, demandant aux États de limiter l'isolement cellulaire à des cas très exceptionnels, pour une durée aussi brève que possible, et seulement en dernier recours (voir l'annexe 2). D'autres efforts du même type devraient être déployés par des experts, des organismes internationaux et des États.

Les auteurs du présent ouvrage formulent ci-après certaines recommandations précises.

Garanties de procédure

- Informer par écrit les détenus de la raison et de la durée de leur isolement.
- Permettre aux prisonniers de présenter des observations sur leur cas lors d'une audience officielle.
- Procéder régulièrement à des réexamens de fond du placement, à intervalles rapprochés.

Ces garanties s'appliquent à toutes les formes d'isolement cellulaire.

Placement en isolement cellulaire

- Lorsque l'isolement cellulaire est utilisé à titre disciplinaire, cela ne doit être qu'en dernier recours et pour la durée la plus brève possible – c'est-à-dire plutôt des jours que des semaines ou des mois.
- Le recours à un isolement cellulaire prolongé pour gérer des détenus est rarement justifié, et seulement dans les cas les plus extrêmes.
- Les détenus atteints de maladies mentales ne doivent pas être placés en isolement cellulaire, et en aucune circonstance le recours à cet isolement ne saurait servir de substitut à des soins de santé mentale appropriés.
- Le recours à l'isolement cellulaire pour des personnes en garde à vue ou en détention provisoire doit être strictement limité par la loi, et ne devrait intervenir que dans des circonstances exceptionnelles, sous supervision judiciaire et pour une durée aussi brève que possible, ne dépassant jamais quelques jours.
- L'isolement cellulaire ne doit pas être imposé pour une période indéfinie, et les détenus devraient en connaître à l'avance la durée.
- L'utilisation de l'isolement cellulaire en tant que moyen de contrainte ou pour « assouplir » des détenus en vue de leur interrogatoire devrait être interdite.

Conditions matérielles et régime de détention

- Assurer un hébergement convenable (selon les normes établies, examinées au chapitre 4), tenant compte du fait que les détenus passeront le plus clair de leur temps dans leur cellule.
- Mettre à la disposition des détenus des programmes d'enseignement et de formation professionnelle ainsi que des programmes récréatifs§.
- Faire en sorte que ces activités se déroulent, dans la mesure du possible, en la compagnie d'autres personnes.
- Autoriser les détenus à avoir dans la cellule de quoi lire, ainsi que du matériel pour hobbies et travaux manuels.
- Faire en sorte que les détenus aient des contacts humains réguliers ; encourager la communication informelle avec le personnel.
- Permettre des visites familiales régulières, avec contact direct.
- Permettre aux détenus d'avoir une certaine maîtrise de leur vie quotidienne et de leur environnement matériel.
- Prévoir une progression.

Santé

- Le personnel de santé doit appliquer les mêmes normes en matière de soins et de comportement éthique que celles qui s'appliquent en dehors de la prison, en particulier le droit aux soins de santé, à la sphère privée et à la confidentialité.
- Le personnel de santé ne doit pas participer à la décision d'imposer une mesure disciplinaire, ni à son exécution.
- Il faut assurer une formation en santé mentale au personnel de surveillance pénitentiaire.

Annexe 1

Sélection de textes

Règles pénitentiaires européennes, Conseil de l'Europe, recommandation du Comité des Ministres Rec (2006)²

43.2 Le médecin ou un(e) infirmier(ère) qualifié(e) dépendant de ce médecin doit prêter une attention particulière à la santé des détenus dans des conditions d'isolement cellulaire, doit leur rendre visite quotidiennement ; et doit leur fournir promptement une assistance médicale et un traitement, à leur demande ou à la demande du personnel pénitentiaire.

43.3 Le médecin doit présenter un rapport au directeur chaque fois qu'il estime que la santé physique ou mentale d'un détenu encourt des risques graves du fait de la prolongation de la détention ou en raison de toute condition de détention, y compris celle d'isolement cellulaire.

.....

60.5 La mise à l'isolement ne peut être imposée à titre de sanction que dans des cas exceptionnels et pour une période définie et aussi courte que possible.

Note 1 Lors de l'adoption de cette recommandation, et en application de l'article 10.2.c du Règlement intérieur des réunions des Délégués des Ministres, le Délégué du Danemark a réservé le droit de son gouvernement de se conformer ou non à l'article 43, paragraphe 2, de l'annexe à la recommandation car il est d'avis que l'exigence selon laquelle les prisonniers placés en isolement cellulaire soient visités par du personnel médical quotidiennement soulève de sérieuses préoccupations éthiques quant au rôle que ce personnel pourrait être appelé à jouer pour décider si ces prisonniers sont aptes à continuer à faire l'objet d'un tel isolement.

Ensemble de règles minima des Nations Unies

31. Les peines corporelles, la mise au cachot obscur ainsi que toute sanction cruelle, inhumaine ou dégradante doivent être complètement défendues comme sanctions disciplinaires.

32. 1) Les peines de l'isolement et de la réduction de nourriture ne peuvent jamais être infligées sans que le médecin ait examiné le détenu et certifié par écrit que celui-ci est capable de les supporter.

2) Il en est de même pour toutes autres mesures punitives qui risqueraient d'altérer la santé physique ou mentale des détenus. En tout cas, de telles mesures ne devront jamais être contraires au principe posé par la règle 31, ni s'en écarter.

3) Le médecin doit visiter tous les jours les détenus qui subissent de telles sanctions disciplinaires et doit faire rapport au directeur s'il estime nécessaire de terminer ou modifier la sanction pour des raisons de santé physique ou mentale.

Serment d'Athènes (Conseil international des services médicaux pénitentiaires, 1979)

Nous, professionnels de santé qui travaillons dans des établissements pénitentiaires, réunis à Athènes le 10 septembre 1979, prenons ici l'engagement, en accord avec l'esprit du **serment d'Hippocrate**, que nous entreprendrons de procurer les meilleurs soins de santé à ceux qui sont incarcérés quelle qu'en soit la raison, sans préjugé et dans le cadre de nos éthiques professionnelles respectives.

Nous reconnaissons le droit des personnes incarcérées à recevoir les meilleurs soins médicaux

possible.

Nous nous engageons à

1. Nous abstenir d'autoriser ou d'approuver toute sanction physique.
2. Nous abstenir de participer à toute forme de torture.
3. N'entreprendre aucune forme d'expérimentation médicale parmi les personnes incarcérées sans leur consentement en toute connaissance de cause.
4. Respecter la confidentialité de toute information obtenue dans le cours de nos relations professionnelles avec des malades incarcérés.
5. Ce que nos diagnostics médicaux soient basés sur les besoins de nos patients et aient priorité sur toute question non médicale.

Principes d'éthique médicale applicables au rôle du personnel de santé, en particulier des médecins, dans la protection des prisonniers et des détenus contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants

Adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies le 18 décembre 1982 (résolution 37/194)

Principe premier

Les membres du personnel de santé, en particulier les médecins, chargés de dispenser des soins médicaux aux prisonniers et aux détenus sont tenus d'assurer la protection de leur santé physique et mentale et, en cas de maladie, de leur dispenser un traitement de la même qualité et répondant aux mêmes normes que celui dont bénéficient les personnes qui ne sont pas emprisonnées ou détenues.

Principe 2

Il y a violation flagrante de l'éthique médicale et délit au regard des instruments internationaux applicables si des membres du personnel de santé, en particulier des médecins, se livrent, activement ou passivement, à des actes par lesquels ils se rendent coauteurs, complices ou instigateurs de tortures et autres traitements cruels, inhumains ou dégradants ou qui constituent une tentative de perpétration¹.

Principe 3

Il y a violation de l'éthique médicale si les membres du personnel de santé, en particulier des médecins, ont avec des prisonniers ou des détenus des relations d'ordre professionnel qui n'ont pas uniquement pour objet d'évaluer, de protéger ou d'améliorer leur santé physique et mentale.

Principe 4

Il y a violation de l'éthique médicale si des membres du personnel de santé en particulier des médecins:
a) Font usage de leurs connaissances et de leurs compétences pour aider à soumettre des prisonniers ou détenus à un interrogatoire qui risque d'avoir des effets néfastes sur la santé physique ou mentale ou sur l'état physique ou mental desdits prisonniers ou détenus et qui n'est pas conforme aux instruments internationaux pertinents².

¹ Voir la Déclaration sur la protection de toutes les personnes contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants [résolution 3452 (XXX), annexe].

² En particulier, la Déclaration universelle des droits de l'homme [résolution 217 A (III)], les Pactes internationaux relatifs aux droits de l'homme [résolution 2200 A (XXI), annexe], la Déclaration sur la protection de toutes les personnes contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants [résolution 3452 (XXX), annexe] et l'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus [Premier Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants : rapport présenté par le Secrétariat (publication des Nations Unies, numéro de vente: F.1956.IV.4), annexe I.A).

b) Certifient, ou contribuent à ce qu'il soit certifié, que des prisonniers ou des détenus sont aptes à subir une forme quelconque de traitement ou de châtement qui peut avoir des effets néfastes sur leur santé physique ou mentale et qui n'est pas conforme aux instruments internationaux pertinents, ou participent, de quelque manière que ce soit, à un tel traitement ou châtement non conforme aux instruments internationaux pertinents.

Principe 5

Il y a violation de l'éthique médicale si des membres du personnel de santé, en particulier des médecins, participent, de quelque manière que ce soit, à la contention de prisonniers ou de détenus, à moins que celle-ci ne soit jugée, sur la base de critères purement médicaux, nécessaire pour la protection de la santé physique ou mentale ou pour la sécurité du prisonnier ou du détenu lui-même, des autres prisonniers ou détenus, ou de ses gardiens et ne présente aucun danger pour sa santé physique et mentale.

Principe 6

Il ne peut être dérogé aux principes susmentionnés sous aucun prétexte, même pour des raisons d'ordre public.

Annexe 2

Déclaration d'Istanbul sur le recours à l'isolement cellulaire et les effets de cette pratique

Adoptée le 9 décembre 2007 au Colloque international de psychotraumatologie à Istanbul

Objet de la déclaration

Au cours de ces dernières années, le recours à l'isolement cellulaire strict, souvent prolongé, est devenu monnaie courante dans les systèmes pénitentiaires de diverses juridictions à travers le monde. Il peut s'agir d'un recours disproportionné à cette pratique en tant que mesure disciplinaire, ou de plus en plus, de la création de prisons entières fondées sur un modèle d'isolement intégral des prisonniers³. Tout en étant conscients que dans des cas exceptionnels le recours à l'isolement cellulaire pourrait s'imposer, nous estimons que cette évolution est tout à fait problématique et inquiétante. Nous considérons donc qu'il est opportun de nous pencher sur la question et de publier une déclaration technique sur le recours à l'isolement cellulaire et les effets de cette pratique.

Définition

L'isolement cellulaire est l'isolement physique de personnes qui sont maintenues dans leurs cellules pendant 22 à 24 heures par jour. Dans de nombreuses juridictions, les prisonniers sont autorisés à sortir de leurs cellules pour une heure d'exercice solitaire. Les contacts déterminants avec d'autres personnes sont réduits au minimum. La réduction des stimuli est non seulement quantitative mais aussi qualitative. Rarement choisis librement, les stimuli disponibles et les contacts sociaux occasionnels sont, en règle générale, monotones et souvent sans empathie.

Pratiques communes d'isolement cellulaire

Dans divers systèmes de justice pénale à travers le monde, le recours à l'isolement cellulaire intervient généralement dans quatre conditions : comme mesure disciplinaire à l'encontre des condamnés, comme moyen d'isoler des personnes au cours d'une enquête pénale, de plus en plus comme mesure administrative pour encadrer certains groupes de prisonniers et comme procédure d'exécution d'une sentence judiciaire. Dans de nombreuses juridictions, il est également recouru à l'isolement cellulaire en lieu et place de soins médicaux ou psychiatriques adéquats pour des personnes souffrant de troubles mentaux. En outre, il est de plus en plus recouru à cette pratique comme élément de l'arsenal des méthodes

³ Aux fins du présent document, le mot « prisonnier » s'entend d'une vaste catégorie couvrant toute personne détenue ou emprisonnée sous quelque forme que ce soit.

d'interrogation coercitives, l'isolement cellulaire faisant souvent partie intégrante des affaires de disparition forcée⁴ ou de mise au secret.

Les effets de l'isolement cellulaire

Il a été établi, de manière convaincante, à de nombreuses occasions que l'isolement cellulaire peut engendrer de graves troubles psychologiques et parfois physiologiques⁵. Il ressort des résultats de la recherche que 33 à 90 % des prisonniers ressentent les effets négatifs de l'isolement cellulaire. Une longue liste de symptômes allant de l'insomnie à la psychose en passant par la confusion et l'hallucination ont été dûment attestés. Les effets négatifs sur la santé peuvent intervenir après seulement quelques jours passés en régime cellulaire et les risques pour la santé augmentent avec chaque jour supplémentaire passé dans ces conditions. Les individus peuvent réagir différemment à l'isolement cellulaire. Toutefois, un grand nombre de personnes éprouveront de graves problèmes de santé indépendamment des conditions particulières dans lesquelles elles se trouvent, indépendamment du temps et du lieu, et indépendamment des facteurs personnels préexistants. La principale caractéristique néfaste au cœur de la pratique de l'isolement cellulaire est que les contacts déterminants sur les plans social et psychologique sont réduits à un niveau qui, pour beaucoup, s'avérera insuffisant pour la santé et le bien-être.

Le recours à l'isolement cellulaire dans les établissements de détention provisoire présente une autre dimension nocive, les effets préjudiciables créant souvent de facto une situation de pression psychologique qui peut inciter les détenus en question à plaider coupables.

Lorsque l'élément de pression psychologique est utilisé à dessein dans le cadre des régimes d'isolement, ces pratiques prennent un caractère coercitif et peuvent s'apparenter à la torture.

Enfin, l'isolement place les individus très en dehors de la sphère de surveillance de la justice, ce qui peut poser des problèmes même dans les sociétés traditionnellement fondées sur l'état de droit. L'histoire du régime cellulaire est riche d'exemples de pratiques abusives survenant dans de tels cadres. Il devient donc particulièrement difficile mais néanmoins extrêmement important de sauvegarder les droits des détenus là où s'appliquent des régimes cellulaires.

Droits de l'homme et isolement cellulaire

Le recours à la torture et à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants est expressément interdit aux termes du droit international (art. 7 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques et Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou

⁴ Aux termes de la Convention internationale pour la protection de toutes les personnes contre les disparitions forcées de décembre 2006, on entend par « disparition forcée » « l'arrestation, la détention, l'enlèvement ou toute autre forme de privation de liberté par des agents de l'État ou par des personnes ou des groupes de personnes qui agissent avec l'autorisation, l'appui ou l'acquiescement de l'État, suivi du déni de la reconnaissance de la privation de liberté ou de la dissimulation du sort réservé à la personne disparue ou du lieu où elle se trouve, la soustrayant à la protection de la loi ».

⁵ Pour des études sur les effets de l'isolement cellulaire sur la santé, voir Peter Scharff Smith, « The Effects of Solitary Confinement on Prison Inmates: A Brief History and Review of the Literature », in *Crime and Justice*, vol. 34 (2006); Craig Haney, « Mental Health Issues in Long-Term Solitary and "Supermax" Confinement », in *Crime and Delinquency* 49 (1), 2003; Stuart Grassian, « Psychopathological Effects of Solitary Confinement » in *American Journal of Psychiatry*, vol. 140, 1983.

dégradants, par exemple). Le Comité des droits de l'homme de l'Organisation des Nations Unies a précisé que l'emprisonnement cellulaire prolongé d'une personne détenue peut être assimilé aux actes prohibés par l'article 7 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques [observation générale n° 20 (1992)]. Le Comité contre la torture a fait des déclarations similaires et a insisté en particulier sur le recours à l'isolement cellulaire pendant la détention provisoire. Le Comité des droits de l'enfant de l'Organisation des Nations Unies a par ailleurs recommandé que la pratique de l'isolement cellulaire ne soit pas appliquée aux enfants⁶. Le septième des Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus précise que « des efforts tendant à l'abolition du régime cellulaire ou à la restriction du recours à cette peine doivent être entrepris et encouragés ». La jurisprudence du Comité des droits de l'homme de l'Organisation des Nations Unies a précédemment établi qu'un régime d'isolement en particulier violait à la fois l'article 7 et l'article 10 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques (*Campos c. Pérou*, jugement du 9 janvier 1998).

Sur le plan régional, la Cour européenne et l'ancienne Commission des droits de l'homme, ainsi que le Comité européen pour la prévention de la torture et de peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT), ont clairement indiqué que le recours à l'isolement cellulaire peut s'apparenter à une violation de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (c'est-à-dire qu'il constitue une forme de torture, ou un traitement inhumain ou dégradant), compte tenu des spécificités de chaque affaire, des conditions de détention et de la durée de la détention. Il a été spécifié que l'isolement sensoriel complet combiné à un isolement social total peut détruire la personnalité et constitue une forme de traitement inhumain qui ne saurait se justifier par les exigences de la sécurité ou toute autre raison⁷. Le CPT a également déclaré que l'isolement cellulaire peut s'apparenter à un traitement inhumain ou dégradant et il a, à maintes occasions, critiqué ces pratiques et recommandé une réforme, à savoir l'abandon de régimes particuliers, la limitation du recours à l'isolement cellulaire à des cas exceptionnels et l'amélioration du niveau de contact social des prisonniers⁸. Il a été souligné qu'il importe de développer les activités communales à l'intention des prisonniers soumis à diverses formes de régime cellulaire (CPT, rapport sur la visite effectuée en Turquie du 7 au 14 décembre 2005, par. 43). Par ailleurs, les Règles pénitentiaires européennes révisées de 2006 spécifient clairement que « La mise à l'isolement ne peut être imposée à titre de sanction que dans des cas exceptionnels et pour une période définie et aussi courte que possible »⁹.

La Cour interaméricaine des droits de l'homme a également déclaré que l'isolement cellulaire prolongé constitue une forme de traitement cruel, inhumain ou dégradant interdite en vertu de l'article 5 de la Convention américaine des droits de l'homme (*Castillo Petruzzi et al*, jugement du 30 mai 1999).

Incidences d'ordre politique

L'isolement cellulaire nuit aux prisonniers qui ne souffraient pas précédemment de troubles mentaux et a tendance à aggraver l'état de ceux

⁶ Observations finales sur le troisième rapport périodique du Danemark [CRC/C/DNK/CO/3], par. 59 a)].

⁷ *Ramirez Sanchez c. France*, arrêt de la Grande Chambre, 4 juillet 2006, par. 123.

⁸ Rod Morgan et Malcolm Evans, *Combattre la torture en Europe*, 2002, p. 118. Voir également la recommandation Rec (2003) 23 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe, par. 7, 20 et 22.

⁹ Voir la recommandation Rec (2006) 2 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe adoptée par le Comité des Ministres le 11 janvier 2006 lors de la 952^e réunion des Délégués des Ministres), par. 60.5. Voir également CPT, 2^e Rapport général (1991), par. 56.

qui en souffrent déjà. Le recours à cette pratique dans les lieux de détention devrait donc être limité au minimum. Dans tous les systèmes pénitentiaires, il est recouru à l'isolement cellulaire sous une forme ou une autre, en particulier dans les unités spéciales ou dans les prisons où sont détenues des personnes considérées comme présentant une menace à la sécurité et à l'ordre dans l'établissement. Mais indépendamment des conditions particulières, et du fait qu'il est recouru à l'isolement cellulaire comme mesure disciplinaire ou moyen de ségrégation administrative ou comme un moyen de prévenir la collusion dans les établissements de détention provisoire, il importe d'améliorer le niveau de contact social des prisonniers.

Cela peut se faire de diverses façons, notamment en multipliant les contacts entre le personnel pénitentiaire et les prisonniers soumis au régime cellulaire, en autorisant ces prisonniers à participer aux activités sociales avec les autres prisonniers, en leur permettant de recevoir plus de visites et en prenant des dispositions pour qu'ils aient des entretiens approfondis avec des psychologues, des psychiatres, le personnel religieux des prisons et des volontaires de la communauté locale. Il est particulièrement important de leur permettre de maintenir et de développer les relations avec le monde extérieur, notamment épouses, partenaires, enfants et autres membres de la famille et amis. Il est également très important de donner aux prisonniers soumis au régime cellulaire la possibilité de mener des activités intéressantes tant à l'intérieur qu'en dehors de leurs cellules. Il ressort des travaux de recherche que dans certains cas l'isolement en petits groupes peut avoir des effets similaires à ceux de l'isolement cellulaire individuel et ne doit donc pas être considéré comme une solution de rechange appropriée.

Le recours à l'isolement cellulaire doit être absolument interdit dans les cas suivants :

- les condamnés à mort et les condamnés à une peine de prison à vie du fait de la nature de leur sentence
- les malades mentaux
- les enfants, à savoir les personnes de moins de 18 ans.

Par ailleurs, le recours au régime cellulaire en vue de soumettre les prisonniers à des pressions psychologiques constituant une pratique coercitive, il devrait absolument être interdit.

D'une manière générale, l'isolement cellulaire ne devrait en principe s'appliquer que dans des cas très exceptionnels, pour une durée aussi brève que possible, et ne devrait constituer qu'une solution de dernier recours.

Participants au groupe d'étude

Alp Ayan (D^r), psychiatre, Fondation des droits de l'homme de Turquie
Türkcan Baykal (D^r), Fondation des droits de l'homme de Turquie
Jonathan Beynon (D^r), coordonnateur chargé de la santé carcérale, CICR, Suisse*
Carole Dromer, Médecins du Monde
Şebnem Korur Fincancı (P^r), experte médico-légale, Université d'Istanbul, Turquie
André Gautier, psychologue et psychanalyste, ITEI-Bolivie
Inge Genefke (D^r), DMSc hc mult, ambassadrice d'IRCT, fondatrice de RCT et IRCT
Bernard Granjon, Médecins du Monde
Bertrand Guéry, Médecins du Monde
Melek Göregenli, professeure de psychologie, Département de psychologie, Université d'Ege, Turquie
Cem Kaptanoğlu (P^r), psychiatre, Université Osmangazi, Turquie
Monica Lloyd, the Chief Inspector of Prisons office, United Kingdom*
Leanh Nguyen, psychologue clinicienne, Bellevue/NYU Program for Survivors of Torture
Manfred Nowak, Rapporteur spécial de l'ONU sur la torture, et directeur de l'Institut des droits de l'homme Ludwig Boltzmann
Carol Prendergast, directrice des opérations, Bellevue/NYU Program for Survivors of Torture
Christian Pross (D^r), Centre pour le traitement des victimes de la torture, Berlin, Allemagne
Sidsel Rogde (D^r), professeure de médecine légale, Université d'Oslo, Norvège
Doğan Şahin, psychiatre, professeur adjoint, Université d'Istanbul, Turquie
Sharon Shalev, Mannheim Centre for Criminology, London School of Economics
Peter Scharff Smith, directeur de recherche, Institut danois des droits de l'homme
Alper Tecer, psychiatre, Fondation des droits de l'homme de Turquie
Hülya Üçpınar, juriste, Fondation des droits de l'homme de Turquie
Veysi Ülgen (D^r), TOHAV (Fondation pour la recherche juridique, Turquie)
Miriam Wernicke, conseillère juridique, IRCT

*Les points de vue exprimés dans le présent document sont des opinions personnelles et ne représentent pas nécessairement la position des organisations auxquelles appartiennent leurs auteurs.

Acronymes et abréviations

AMM Association médicale mondiale

BMA British Medical Association

CAT Comité contre la torture (Nations Unies)

CEDH Cour européenne des droits de l'homme

CII Conseil international des infirmières

CPT Comité européen pour la prévention de la torture

CSC Close Supervision Centre (centre de surveillance rapprochée)

ERM Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus

HMCIP Her Majesty's Chief Inspector of Prisons for England and Wales, l'Inspecteur en chef des prisons de Sa Majesté pour l'Angleterre et le Pays de Galles

NU Nations Unies

ONS Office of National Statistics (Office des statistiques nationales)

OMS Organisation mondiale de la Santé

RPE Règles pénitentiaires européennes

Liens et documentation

Organisations et instruments juridiques des droits de l'homme

Haut-Commissariat aux droits de l'homme (OHCHR) www.ohchr.org/FR

(Contient des textes de droit international, de la documentation et des liens vers d'autres organes des Nations Unies)

Comité européen pour la prévention de la torture (CPT) www.cpt.coe.int/fr

(Contient des rapports État par État et les normes du CPT)

Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) www.echr.coe.int/echr/Homepage_FR

(Contient la jurisprudence de la cour)

Organisations non gouvernementales

Amnesty International (AI) www.amnesty.org/fr

Association pour la prévention de la torture (APT) www.apr.ch/index.php?lang=fr

Human Rights Watch (HRW) www.hrw.org/fr

Prison Reform International (PRI) www.penalreform.org

Organisations/associations professionnelles

British Medical Association (BMA) www.bma.org.uk

British Psychological Association (BPS) www.bps.org.uk

Conseil international des infirmières (CII) www.icn.ch/fr/Accueil.html

Royal College of Psychiatrists www.rcpsych.ac.uk

Organisation mondiale de la Santé (OMS) www.who.int/fr

Association médicale mondiale (AMM) www.wma.net/fr/10home/index.html

Angleterre et Pays de Galles

Her Majesty's Inspectorate of Prisons (HMCI) www.justice.gov.uk/inspectorates/hmi-prisons

Prisons and Probation Ombudsman www.ppo.gov.uk

Prison Reform Trust (PRT) www.prisonreformtrust.org.uk

International Centre for Prison Studies (Centre international d'études pénitentiaires)

www.kcl.ac.uk/schools/law/research/icps

Une version électronique de l'ouvrage *A sourcebook on solitary confinement* ainsi que des liens et de la documentation sont à disposition sur le site web Solitary Confinement :

www.solitaryconfinement.org

Bibliographie

- Abbott, J.H., (1982) *In the Belly of the Beast: Letters from Prison*. New York: Vintage Books.
- Adams, R., (1994) *Prison Riots in Britain and the USA*. 2nd ed. London: Macmillan Press.
- All Parliamentary Group on Prison Health, (2006) *The Mental Health Problem in UK HM Prisons*.
- Amnesty International, (1980) *Prison Conditions of Persons Suspected or Convicted of Politically Motivated Crimes in the FRG: Isolation and Solitary Confinement*. AI Index: EUR 32/01/80.
- Andersen, H.S., Sestoft, D., Lillebaek, T., Gabrielsen, G., Hemmingsen, R., (2003) A longitudinal study of prisoners on remand. Repeated measures of psychopathology in the initial phase of solitary versus non-solitary confinement. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26:165-177.
- Association pour la prévention de la torture (APT), *Visiter un lieu de détention. Guide pratique*. Genève, avril 2004.
- Benjamin, T.B. and Lux, K., (1977) Solitary Confinement as Psychological Punishment. *California Western Law Review*, 13:265-296.
- Binda, H., (1975) Effects of Increased Security on Prison Violence. *Journal of Criminal Justice*, 3:33-46.
- Bottoms, A.E., (1999) Interpersonal Violence and Social Order in Prisons. In: Tonry, M. and Petersilia, J., eds. *Crime and Justice: a review of research*. Vol. 26, Prisons. Chicago and London: University of Chicago Press.
- Briggs *et al.*, (2003) 'The effects of supermaximum security prisons on aggregate levels of institutional violence', *Criminology*, Vol.41 (4) pp 1341-1376.
- British Medical Association Ethics Department, (2004) *Medical Ethics Today*.
- British Medical Association, (2001) *The Medical Profession and Human Rights*, London and New York: Zed Books.
- Brodsky, S.L., and Scogin, F.R., (1988) Inmates in Protective Custody: First Data on Emotional Effects. *Forensic Reports* 1:267-280.
- Buchanan, R.A., Unger, C.A. and Whitlow, K.L., (1988) *Disruptive Maximum Security Inmate Management Guide*. Washington DC: US Department of Justice, National Institute of Corrections.
- Charrière, H., (1969) *Papillon*. Paris, éditions Robert Laffont.
- Cloyes, K.G., Lovell, D., Allen, D.G., Rhodes, L.A., (2006) Assessment of psychological impairment in a supermaximum security sample. *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 33(6):760-781.
- Cohen, S. and Taylor, L., ([1972]1981) *Psychological Survival: The Experience of Long-Term Imprisonment*. 2nd ed. Harmondsworth, Penguin Books.
- Coid, J., Petruckevitch, A., Bebbington, P., Jenkins, R., Brugha, T., Lewis, G., Farrell, M., Singleton, N., (2003) Psychiatric morbidity in prisoners and solitary cellular confinement, I: disciplinary segregation. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 14 No. 2:298-319, September.
- Coid, J., Petruckevitch, A., Bebbington, P., Jenkins, R., Brugha, T., Lewis, G., Farrell, M., Singleton, N., (2003) Psychiatric morbidity in prisoners and solitary cellular confinement, II: special ('strip') cells. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 14 No. 2:320-340, September.
- Colvin, M., (1992) *The Penitentiary in Crisis- From Accommodation to Riot in New Mexico*. Albany: State University of New-York Press.

Commission on Safety and Abuse in America's Prisons, *Confronting Confinement*, June 2006.

Coyle, A., (2002) *A Human Rights Approach to Prison Management*, International Centre for Prison Studies, London.

Ecclestone, C., Gendreau, P. and Knox, C., (1974) Solitary confinement of prisoners: an assessment of its effects on inmates' personal constructs and adrenocortical activity. *Canadian Journal of Behavioural Science Review/Revue canadienne des sciences du comportement*, 6(2):178-191.

Evans, R., (1982) *The Fabrication of Virtue: English prison Architecture 1750-1840*. Cambridge: Cambridge University Press.

Fairweather, L., (2000) Psychological effects of the prison environment. In: Fairweather, L. and McNoville, S., eds., (2000) *Prison Architecture: Policy, Design and Experience*. London: Architectural Press.

Faris, R.E., (1934) Cultural Isolation and the Schizophrenic Personality. *American Journal of Sociology*, September, 40(2):155-164.

Gendreau, P. et Bonta, J., (1984) Solitary confinement is not Cruel and Unusual Punishment: People Sometimes Are! *Revue canadienne de criminologie*, 26:467-478.

General Medical Council, Good Practice Guidance on Confidentiality: Protecting and Providing Information, April 2004.

Goffman, E., (1961) *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other Inmates*. Garden City, New York: Anchor Books.

Grassian, S., (1983) Psychopathological Effects of Solitary Confinement. *American Journal of Psychiatry*, 140(11):1450-1454.

Grassian, S. and Friedman N., (1986) Effects of Sensory Deprivation in Psychiatric Seclusion and Solitary Confinement. *International Journal of Law & Psychiatry*, 8:49-65.

Grassian, S., (2006) Psychiatric Effects of Solitary Confinement, *Journal of Law and Policy*, Vol.22:325-383.

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

Haney, C. and Lynch, M., (1997) Regulating Prisons of the Future: Psychological Analysis of Supermax and Solitary Confinement. *New York University Review of Law & Social Change*, XXIII (4):477-570.

Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (2005), Les droits de l'homme et les prisons, Série sur la formation professionnelle n° 11, disponible en ligne à l'adresse <http://www2.ohchr.org/french/about/publications/training.htm>

Hills, H., Siegfried, C., Ickowitz, A., (2004) *Effective Prison Mental Health Services: guidelines to expand and improve treatment*. U.S. Department of Justice National Institute of Corrections.

Hocking, F., (1970) Extreme environmental stress and its significance for psychopathology, *American Journal of Psychiatry*, 24:4-26.

Hodgins, S. et Cote, G., (1991) The Mental health of penitentiary inmates in isolation. *Revue canadienne de criminologie*, avril 1991:175-182.

Hunt, G. et al., (1999) Changes in Prison Culture: Prison Gangs and the Case of the Pepsi Generation. *Soc. Prob.* Issue 40.

HM Chief Inspectorate of Prisons for England and Wales, Expectations: criteria for assessing the condition in prisons and the treatment of prisoners (updated regularly).

Human Rights Watch, *“Like the Dead in Their Coffins” Torture, Detention and the Crushing of Dissent in Iran* (Tels des cadavres dans leurs cercueils : torture, détention et répression de la dissidence en Iran) ; juin 2004, vol. 16, n°2 (E).

Human Rights Watch, *Locked Up Alone: Detention Conditions and Mental Health at Guantanamo*, June 2008.

Joint Parliamentary Committee on Human Rights, (2004) Third Report Session 2004-05, HL 15/I/HC 137-I.

Korn, R., (1988) The effects of confinement in the High Security Unit at Lexington. *Social Justice*, 15(1):8-19.

Kupers, T., (1999) *Prison Madness: The Mental Health Crisis Behind Bars and What we Must do about it*. San Francisco: Jossey-Bass.

McCleery, R., (1961) Authoritarianism and the Belief System of the Incurables. IN: Cressey, D., (ed.) *The Prison*. New York: Holt, Rinehart and Winston, p. 260-306.

McConville, S., (1981) *A History of English Prison Administration*. London: Routledge and Kegan.

Mead, G. H., (1934) *Mind, Self and Society*. Chicago: University of Chicago Press. Nouvelle traduction et introduction de Daniel Cefaï et Louis Quéré, Paris, PUF, coll. « Le Lien social », 2006.

Miller, H., (1994) Reexamining Psychological Distress in the Current Conditions of Segregation. *Journal of Correctional Health Care*, Vol. 1:39-53.

Miller, H. and Young, G., (1997) Prison segregation: administrative detention remedy of mental health problem? *Criminal Behaviour and Mental Health*, Vol. 7:85-94.

Morgan, R. et Evans, M., (2002) *Combattre la torture en Europe*. Strasbourg, Éditions du Conseil de l'Europe.

Morris, N. and Rothman, D., eds., (1998) *The Oxford History of the Prison: The Practice of Punishment in Western Society*. Oxford: Oxford University Press.

Mottram, P., (2007) *HMP Liverpool, Styal and Hindley Study Report*, University of Liverpool.

Moyer, F., (1975) The Architecture of closed institutions. IN: United Nations Social Defence Research Institute (UNSDRI) *Prison Architecture: An International Survey of Representative and Closed Institutions and Analysis of Current Trends in Prison Design* (prepared by G.D. Gennarro). London: The Architectural Press, p. 53-66.

Murdoch, J., (2006) *Le traitement des détenus. Critères européens*. Strasbourg, Éditions du Conseil de l'Europe.

National Campaign to Stop Control Unit Prisons Report, 1997.

National Offender Management Service, Safer Custody Group. Self Inflicted Deaths Annual Report 2004/5.

Nations Unies, Comité des droits de l'homme, observations finales sur le Danemark, CCPR/CO/70/DNK, 31 octobre 2000.

Nations Unies, rapport sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, soumis par le Rapporteur spécial de la Commission des droits de l'homme, E/CN.4/1995/34, 12 janvier 1995.

Nations Unies, rapport sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, soumis par le Rapporteur spécial de la Commission des droits de l'homme, A/54/426, 1^{er} octobre 1999.

Nations Unies, rapport sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, soumis par le Rapporteur spécial de la Commission des droits de l'homme, A/56/156, 3 juillet 2001.

Nitsche, P., and Williams, K., (1913) *The History of the Prison Psychosis. Nervous and Mental Disease Monograph Series*, No.13. New York: Nervous and Mental Disease Publishing Company.

Organisation mondiale de la Santé (OMS), (2007) *Health in Prisons: a WHO Guide to the essentials in prison health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Parenti, C., (1999) *Lockdown America: Police and Prisons in the Age of Crisis*. London: Verso.

Penal Reform International, (2003) Manuel de formation n° 1: *Droits humains et détenus vulnérables*. Paris : Penal Reform International.

Physicians for Human Rights and the School of Public Health and Primary Health Care University of Cape Town, (2002) *Dual Loyalty & Human Rights in Health Profession Practice*. A Project of the International Dual Loyalty Working Group.

Physicians for Human Rights (PHR), (2005) *Break them down: systematic use of psychological torture by US forces* Physicians for Human Rights, USA.

Rasmussen, J. (Ed.), (1973) *Man in Isolation & Confinement*. Chicago: Aldine Publishing Company.

Reyes, H., Les pires cicatrices ne sont pas toujours physiques : la torture psychologique, *International Review of the Red Cross*, volume 89, n° 867, septembre 2007, p. 591-617.

Rickford, D. and Edgar, K. *Troubled Inside: Responding the Mental Health Needs of Men in Prison*, *Prison Reform Trust*, 2005.

Riveland, C., (1999) *Supermax prisons: Overview and General Considerations*. Washington DC: US Department of Justice, National Institute of Corrections.

Rhodes, L.A., (2004) *Total confinement: madness and reason in the maximum security prison*. Berkley and Los Angeles: University of California Press.

Robbins *et al.*, (2005) Psychiatric problems of detainees under the Anti-Terrorism Crime and Security Act 2001. *Royal College of Psychiatrists, Psychiatric Bulletin* 29:407-409.

Rothman, D.J., (1980) *Conscience and Convenience: The Asylum and its Alternatives in Progressive America*. Boston: Little, Brown and Company.

Royal College of Psychiatrists, (2006) *Good Psychiatric Practice: Confidentiality and Information Sharing*, CR 133.

Royal College of Psychiatrists, (1998) *Management of imminent violence*, OP 41.

Scharff-Smith, P., (2004) A Religious Technology of the Self: rationality and religion in the rise of the modern penitentiary. *Punishment and Society*, 6(2):195-220.

Scharff-Smith, P., (2006) "The Effects of Solitary Confinement on Prison Inmates. A Brief History and Review of the Literature" *Crime and Justice* Vol. 34: 441-528.

Scott, G.D. et Gendreau, P., (1969) Psychiatric Implications of Sensory Deprivation in a Maximum Security Prison. *Revue de l'association des psychiatres du Canada/Canadian Psychiatric Association Journal*, 14(1):337-341.

- Shalev, S. (2009) *Supermax: controlling risk through solitary confinement*. Devon: Willan Publishing.
- Shalev, S. (2007) "The power to classify: avenues into a supermax prison" in: Downes, D., Rock, P., Chinkin, C. and Gearty, C. (Eds.) *Crime, Social Control and Human Rights: From moral panics to states of denial*, Devon: Willan Publishing, p. 107-119.
- Sestfot, D.M., Andersen, H.S., Lillebaek, T. and Gabrielsen, G., (1998) Impact of solitary confinement on hospitalisation among Danish prisoners in custody. *International Journal of Law and Psychiatry*, 21(1):99-108.
- Siegel, R., (1984) Hostage Hallucinations: Visual Imagery Induced by Isolation and Life-Threatening Stress. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 17(5):264-272.
- Smith, S. and Lewty, W., (1959) Perceptual isolation using a silent room. *Lancet*, 2:342-345.
- Solomon, P. *et al.*, eds. *Sensory Deprivation*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Suedfeld, P., (1975) The Benefits of Boredom: Sensory Deprivation Reconsidered. *American Scientist*, Jan-Feb, 63:60-69.
- Suedfeld, P. and Roy, C., (1975) Using Social Isolation to Change the Behaviour of Disruptive Inmates. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 19:90-99.
- Suedfeld, P., Ramirez, C., Deaton, J. and Baker-Brown, G., (1982) Reactions and Attributes of Prisoners in Solitary Confinement. *Criminal Justice and Behaviour*, 9(3):303-340.
- Sutherland, E.H., and Cressey, D.R., (1955) *Principles of criminology*, 5th Ed. New York: J.B. Lippincott Company.
- Sykes, G., (1958) *The Society of Captives: A Study of Maximum Security Prison*. Princeton: Princeton University Press.
- Toch, H., (1992) *Mosaic of Despair: Human Breakdown in Prison*. Washington DC: American Psychological Association.
- Wakefield, D., (1980) *A Thousand Days of Solitary*. London: National Prisoners' Movement (PROP).
- Walters, R.H., Callagan, J.E. and Newman, A.F., (1962) The effects of solitary confinement on prisoners. *American Journal of Psychiatry*, 119(5):771-773.
- Zuckerman, M., (1964) Perceptual isolation as a stress situation. *Archives of General Psychiatry*, p. 255-276.