

Protocole relatif à la documentation médico-légale de l'isolement cellulaire

Marie Brasholt¹, Nora Sveaass², Pau Pérez Sales³, Hugo Marboeuf⁴, Ergün Cakal⁵ et Elna Søndergaard⁶

Rédacteur invité: Sharon Shalev⁷

Traducteur: Axelle Olivier⁸

Éléments clé :

- Ce Protocole résume les facteurs (médicaux et juridiques) conceptuels pertinents relatifs à l'isolement cellulaire et formule des questions pour sa documentation médico-légale.
- Le Protocole est de portée générale, avec des éléments spécifiques supplémentaires pour les populations particulièrement vulnérables en situation d'isolement cellulaire, qui seront développées dans de prochaines éditions après des essais pilotes.
- Ce Protocole vient compléter le Protocole d'Istanbul.

Résumé

Ce Protocole trouve son origine dans un projet conjoint de documentation de la torture psychologique engagé par le Comité public contre la torture en Israël (PCATI), REDRESS et DIGNITY (l'Institut Danois de lutte contre la torture) en 2015 suite à la Conférence de Copenhague sur la torture psychologique. Le projet est un moyen d'établir une compréhension commune entre les professions médicales et juridiques sur la manière de garantir la documentation la plus précise possible sur la torture.

L'objectif du Protocole est d'améliorer la documentation de l'isolement cellulaire et donc de clarifier les éléments d'une affaire de sorte que des plaintes juridiquement solides puissent être déposées auprès des mécanismes locaux et internationaux. Le Protocole a été développé sur la base d'une méthodologie impliquant un recueil et un passage en revue des connaissances médicales et juridiques relatives à l'isolement cellulaire ainsi que des débats menés entre les auteurs et au sein d'un groupe international d'experts.

Le Protocole est conscient de l'importance des contextes sociaux, culturels et politiques spécifiques dans lesquels l'isolement cellulaire est employé. Nous espérons que ce Protocole constituera une aide lors des discussions entre les diverses parties prenantes et fournira des conseils sur les éléments pouvant être documentés et comment documenter la torture.

- 1) Médecin-chef. Dignity. Copenhague.
Correspondance à: mbr@dignity.dk
- 2) Psychologue. Université d'Oslo.
- 3) Psychiatre. Directeur clinique. Centre SiR[a]. Madrid.
- 4) Avocat.
- 5) Chercheur en doctorat. Université de Copenhague.
- 6) Conseiller juridique principal. Dignity. Copenhague.
- 7) Associé de recherche au Centre de criminologie, Université d'Oxford.
- 8) Nous la remercions Axelle Olivier, étudiante de droit, DIGNITY, pour son travail de traduction et vérification de la traduction de ce Protocole.

<https://doi.org/10.7146/torture.v33i1.130739>

International Rehabilitation Council for Torture Victims.

Mots clé : isolement cellulaire, documentation, torture psychologique, Protocole d'Istanbul

Introduction

Sur la base du Protocole d'Istanbul (PI) et de l'expérience des divers auteurs, ce Protocole vise à améliorer la documentation médico-légale de l'isolement cellulaire comme moyen de torture ou mauvais traitement de sorte que, entre autres, les dépôts de plaintes auprès des tribunaux et mécanismes puissent être mieux corroborés par les preuves médicales. Ce Protocole se focalise sur l'isolement cellulaire employé dans différents cadres et sous différentes formes au sein des systèmes nationaux de justice pénale. Le Protocole vise à clarifier les faits relatifs à l'isolement cellulaire d'un point de vue pluridisciplinaire afin que des demandes juridiques plus solides puissent être déposées auprès des autorités locales et internationales.

S'il peut être utilisé comme un outil isolé, le Protocole a plutôt vocation à compléter le *Protocole d'Istanbul : Manuel pour enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*. Certaines questions liées à la description des événements peuvent donc coïncider avec celles du PI.

Dans un système judiciaire pénal, l'isolement cellulaire est appliqué dans les lieux de détention à partir de l'arrestation par la police puis lors de la phase préalable au procès et de l'enquête judiciaire et/ou durant l'emprisonnement. Certains pays ont recours à l'isolement cellulaire pour les prisonniers qui attendent le prononcé d'une décision ou l'exécution d'une condamnation à mort. L'isolement cellulaire est également employé dans les situations de détention administrative des migrants, généralement pour les mêmes raisons que dans le système judiciaire, et dans les établissements de soins tels que les hôpitaux psychiatriques et les centres de protection des

mineurs et enfants¹. Ces derniers établissements n'entrent pas dans le cadre de ce Protocole mais les recommandations de celui-ci peuvent néanmoins être utiles lors de la documentation et de l'évaluation de l'isolement cellulaire employé dans ces contextes.

Méthodologie

Ce Protocole a été développé sur la base d'une méthodologie interdisciplinaire développée par DIGNITY (l'Institut danois de lutte contre la torture), le PCATI, le Comité public contre la torture en Israël et REDRESS, suivant les étapes ci-après : recueil et passage en revue des règles et standards juridiques existants ; passage en revue des connaissances issues de la pratique juridique et médicale et de la recherche concernant les formes et les effets de l'isolement solitaire ; sans oublier la discussion

1 Bien que la Convention relative aux droits de l'enfant et les Règles des Nations Unies pour la protection des mineurs privés de liberté interdisent formellement l'isolement cellulaire, il est quand même pratiqué dans bien des territoires en guise de sanction en réponse à des comportements inadéquats ou présumément dans le cadre de programmes de modification du comportement. Bien souvent l'isolement cellulaire est camouflé sous forme de « salle d'attente » et autres mesures d'isolement similaires.

Dans les cas où la législation locale le permet, de plus amples éléments devraient être pris en considération et explorés en ce qui concerne (a) les effets de santé spécifiques pour les enfants, (b) les conséquences sur le développement et le développement neurologique, (c) les conséquences négatives de l'attachement, et (d) les conséquences négatives de l'utilisation de méthodes de récompense/punition comme méthodes présumées pédagogiques. (Gagnon et al., 2022; McCall-smith, 2022; Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH); Royal College of Psychiatrists; British Medical Association (BMA), 2018; UN General Assembly, 1990).

au sein d'un groupe international d'experts.² La méthodologie suivie est la même que celle suivie pour le Protocole relatif à la documentation médico-légale de la privation de sommeil (Pérez-Sales et al., 2019) et que pour le Protocole relatif à la documentation médico-légale des menaces. Il n'a pas encore été testé à l'aide de cas pilote mais les auteurs encouragent à le faire dans différents contextes et seraient prêts à collaborer à l'avenir en ce sens.

Considérations conceptuelles, juridiques et médicales / psychologiques

(1) Aspects conceptuels

Le Protocole fait référence aux concepts et définitions suivants :

Isolement cellulaire : L'isolement cellulaire est défini à l'international par la Règle 44 de l'*Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus* (Règles Nelson Mandela) comme : « l'isolement d'un détenu pendant 22 heures par jour ou plus, sans contact humain réel. »³ Cela concerne la situation où une autorité a imposé une mesure à un détenu qui est forcé de passer au moins un minimum de 22 heures seul (« isolement ») dans une cellule sans contact réel avec d'autres prisonniers ou avec le personnel pénitentiaire. Trois éléments centraux de cette définition

sont l'*isolement*, la *durée* et l'*absence de contact humain réel* :

- **Isolement** : Le prisonnier est généralement placé dans un espace confiné (le plus souvent une cellule) pour y être mis à l'isolement. Il peut s'agir, par exemple, d'une aile spéciale du centre de détention ou de leur cellule habituelle. Les conditions de cette cellule varient considérablement d'un pays à l'autre et même d'un lieu de détention à l'autre, par exemple en termes de taille, de ventilation, d'éclairage, de mobilier, etc. (voir le Protocole, section 3). Le régime de l'isolement cellulaire varie également, par exemple en termes d'accès à l'espace extérieur, etc.
- **Durée** : Il s'agit du temps total écoulé entre le début et la fin de l'isolement, qui se mesure en heures, en jours, en semaines, en mois, voire en années dans les pires cas. Selon la forme de l'isolement cellulaire, la durée de l'isolement peut être fixe, tandis que dans d'autres régimes, elle peut être indéterminée ou illimitée. Il convient de noter que la durée concerne également les séjours multiples consécutifs ou quasi consécutifs en isolement cellulaire (voir le protocole, section 3).
- **Absence de contact humain réel** : En dépit de son rôle central dans la définition internationale de l'isolement cellulaire, les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme ne fournissent que peu d'indications à ce sujet. La Déclaration d'Istanbul sur l'isolement cellulaire et le Groupe d'experts d'Essex l'ont défini comme « la quantité et la qualité de l'interaction sociale et de la stimulation psychologique dont les êtres humains ont besoin pour leur santé

2 La méthode se trouve décrite dans Søndergaard, E., Skilbeck, R., & Shir, E. (2019). Development of interdisciplinary protocols on medico-legal documentation of torture: Sleep deprivation. *Torture Journal*, 29(2), 23-27.

3 Si la définition internationale de l'isolement cellulaire est utile à des fins de documentation, comme décrit dans ce Protocole, il n'en est pas moins important de rappeler que certains cadres nationaux et régionaux peuvent appliquer une définition différente de l'isolement cellulaire. Toutefois les Règles pénitentiaires européennes (2020) adoptent cette même définition (Règle 60.6.a).

mentale et leur bien-être» (Déclaration d'Is-
tanbul, 2007 ; Essex Paper 3, 2017).⁴

• **L'expression « isolement cellulaire ».** La législation pénitentiaire nationale peut spécifiquement faire référence à l'« isolement cellulaire » mais de telles mesures peuvent aussi porter d'autres noms, comme « confinement », « exclusion », « séparation » ou « régime cellulaire ». Le présent Protocole emploie les termes « isolement cellulaire » et « isolement » de manière interchangeable.

• **Recours habituel à l'isolement cellulaire :** Dans le cadre d'un système national de justice pénale, l'isolement cellulaire est généralement imposé par les autorités détentrices pour les raisons suivantes :

1. Préserver les preuves dans l'intérêt de l'enquête criminelle ;
2. Pour des raisons disciplinaires (ex. punition pour avoir enfreint les règles pénitentiaires) ;
3. Pour des raisons de sécurité (ex. le maintien de l'ordre dans la prison et la sécurité

contre les dangers et les interruptions) ;
ou

4. Pour des raisons de prévention ou de protection (ex. séparer les prisonniers qui risquent de faire du mal aux autres ou de subir l'agression des autres, ce qu'ils peuvent parfois eux-mêmes demander).

La justification et la base juridique du recours à l'isolement cellulaire dans ces situations peuvent différer. L'isolement cellulaire peut aussi se produire en dehors des situations précitées, par exemple l'isolement cellulaire *de facto* en l'absence d'une décision officielle ou comme résultat d'une quarantaine/d'un isolement en cas d'épidémie de maladie infectieuse où les standards sanitaires communautaires ne sont pas respectés (Cloud DH et al., 2020).

Catégories de prisonniers vulnérables : La vulnérabilité peut être liée au risque de réactions plus sévères à l'isolement cellulaire de certains groupes de détenus. Les Règles Nelson Mandela (Règle 45 (2)) concerne trois de ces groupes :

1. *Prisonniers en situation de handicap mental ou physique*
2. *Enfants* : définis comme les personnes de moins de 18 ans.
3. *Femmes enceintes, avec des enfants en bas âge ou allaitant* ⁵: Cela concerne les

4 On peut débattre de si une double cellule compte comme « contact humain réel » d'après les Règles Nelson Mandela. Il est intéressant de noter que pour le Comité européen pour la prévention de la torture et les traitements inhumains ou dégradants (CPT) son standard relatif à l'isolement cellulaire s'applique également aux situations où un prisonnier est placé avec « un ou deux autres prisonniers » (CPT, European Standards, 'Substantive sections of the CPT's General Reports', CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2015, p. 29, para. 54). Haney argumente qu'une « double cellule » peut même exacerber au lieu d'atténuer l'impact de l'isolement car le prisonnier n'est pas seulement coupé de la population en général mais aussi « à l'étroit » avec une autre personne avec laquelle il n'est peut-être pas compatible. (Haney, Craig, Rapport d'expertise dans *Ashker v. Gouverneur de Californie*, Action civile N°. 4:09-cv-05796-CW (N.D. Californie, 2012, p. 22).

5 Les Règles de Bangkok comprennent des dispositions spécifiques concernant le recours à l'isolement cellulaire chez les femmes (règles 23 et 24) afin d'éviter de causer d'éventuelles complications de santé aux femmes enceintes ou de pénaliser les enfants en prison en les séparant de leurs mères. (*The Bangkok Rules. United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-Custodial Measures for Women Offenders with Their Commentary. A/RES/65/229*, 2011)

femmes détenues qui sont enceintes ou viennent d'accoucher et qui sont les principales personnes qui s'occupent de leurs jeunes enfants (qu'elles allaitent ou pas).

La vulnérabilité peut aussi être liée à la probabilité d'un détenu d'être placé en isolement cellulaire. Par exemple il est plus probable qu'un détenu affichant un trouble cognitif ne comprenne pas les règles pénitentiaires et il est donc plus probable qu'il puisse les enfreindre, et ainsi qu'il soit puni pour cela. Les facteurs socioculturels comme l'indigénité ont aussi été reconnus comme amplifiant le risque de décès lors de l'isolement cellulaire.⁶

(2) Règles juridiques

Les Règles Nelson Mandela, qui reprennent le consensus international en ce qui concerne la gestion pénitentiaire et le traitement des détenus, fournissent une définition légale de toutes les formes d'isolement cellulaire où la privation de « contact humain réel » pour une période de temps spécifique est clé.⁷ L'interprétation juridique de cet aspect de la définition et la durée maximum impliquent que les interactions sociales ne peuvent se limiter à celles détermi-

nées par les routines pénitentiaires, le cours des enquêtes (pénales) ou les besoins médicaux. Par conséquent la notion de contact humain réel exclut les situations où, par exemple 1) le personnel carcéral dépose un plateau-repas, du courrier ou des médicaments à la porte de la cellule (Essex Paper 3) ; 2) les enquêteurs ou les représentants légaux, dans le cadre et dans la limite de leurs fonctions professionnelles et des affaires courantes, interagissent avec le détenu ; et 3) les prisonniers ont des moyens de communication moins que directs et personnels (comme dans le cas où ils doivent se crier l'un à l'autre à travers les murs de la cellule ou lorsque les communications établies se font uniquement par des moyens technologiques comme le téléphone ou l'ordinateur). Il est crucial que le contact fournisse les stimuli nécessaires au bien-être humain, et cela implique un échange empathique et durable, une interaction sociale (Essex Paper 3). L'évaluation du niveau et de la qualité des contacts doit se faire au cas par cas.

Les Règles Nelson Mandela interdisent l'isolement cellulaire dans les cas indéfinis, à savoir sans date de fin (Règle 43), pour des périodes prolongées (Règle 43) et lorsque l'isolement vise spécifiquement les enfants, les femmes enceintes, avec de jeunes enfants ou allaitant, et les prisonniers en situation de handicap physique ou mental « lorsque leur état pourrait s'en trouver aggravé par de telles mesures » (Règle 45(2)).⁸ La dernière interdiction, qui reflète les principes énoncés dans la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées et dans les Règles pénitentiaires européennes (règle 60.6.b), exige du personnel pénitentiaire qu'il

6 Par exemple, en Australie, voir la Royal Commission into Aboriginal deaths in custody, Volume 3 [1991] AUROYALC 3, 15 avril 1991, para. 25.7.12: « L'extrême anxiété dont souffrent les prisonniers aborigènes placés en isolement cellulaire devrait être reconnue. »

7 Voir par exemple *British Columbia Civil Liberties Association et John Howard Society c. Attorney General of Canada*, 2018, B.C.J. N° 53, 2018 BCSC 62, para 61: « J'estime sur la base de la preuve que les Règles Nelson Mandela représentent un consensus international de principes et pratiques adéquats pour la gestion des prisons et le traitement des personnes isolées ».

8 Voir la jurisprudence australienne, par exemple *Certain Children by their Litigation Guardian Sister Marie Brigid Arthur c. Minister for Families and Children & Others* [No 2] (2017) 52 VR 441, 554.

examine si les détenus souffrent d'un handicap et, le cas échéant, si leur état serait aggravé par l'isolement. Concernant les enfants, il existe des réglementations internationales spécifiques qui interdisent le recours à l'isolement cellulaire pour les adolescents (McCall-smith, 2022; Assemblée générale des Nations Unies, 1990), et des recommandations de la part des organes médicaux et psychiatriques internationaux (Gagnon et al., 2022 ; Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH) ; Royal College of Psychiatrists ; British Medical Association (BMA), 2018).

Il est important de savoir que les Règles Nelson Mandela fixent une limite de temps pour toutes les formes d'isolement cellulaire et interdisent de placer les prisonniers en isolement cellulaire pour plus de 15 jours consécutifs (Règle 44). La décision des autorités pénitentiaires devient illégale le 16^e jour, lorsque le prisonnier aurait dû être libéré. Cela concerne aussi la situation d'isolement cellulaire pour des périodes plus courtes que 15 jours mais lorsque l'isolement cellulaire se reproduit fréquemment. Cela pourrait arriver par exemple si un prisonnier est placé en isolement cellulaire trois fois sept jours de suite, puisque la durée totale de l'isolement cellulaire dépasse alors 15 jours.⁹

L'isolement cellulaire peut causer beaucoup de mal et être considéré comme relevant de la torture ou d'autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. L'évaluation juridique liée à la torture doit se fonder sur

les quatre éléments indiqués dans la définition de la torture (Article 1 (1) de la Convention des Nations Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (UNCAT)), à savoir une souffrance ou douleur mentale ou physique aiguë, une implication des autorités, un but et une intention. Trois de ces éléments sont particulièrement significatifs : *but*, *intention* et *gravité* de la souffrance ou douleur physique ou mentale. Si ces éléments ne peuvent pas être identifiés, la mesure ne peut pas être considérée comme de la torture, mais peut quand même constituer un traitement cruel, inhumain ou dégradant. Cette question est examinée ci-dessous dans le cadre de l'examen de la jurisprudence. En ce qui concerne spécifiquement l'isolement cellulaire, il est important de noter que le fait d'infliger une douleur mentale peut constituer une torture en soi et n'a pas besoin d'être associé à une douleur physique.

Les traitements cruels, inhumains ou dégradants, tels que définis à l'article 16 UNCAT, sont également strictement interdits par le droit international. Ils présupposent l'implication d'une personne ayant une capacité officielle, et que l'acte relève de l'un ou plus des trois autres éléments de la définition de la torture (gravité, but et intention). À titre d'exemple, si l'isolement cellulaire cause une douleur ou une souffrance aiguë mais est imposé d'une manière dépourvue d'intention ou de but, il peut être qualifié de traitements cruels, inhumains ou dégradants plutôt que de torture. De même, si un tel acte a un but et une intention mais ne cause pas une souffrance ou une douleur aiguë, on ne pourra pas le considérer comme torture mais comme traitements cruels, inhumains ou dégradants.

Le lien entre isolement cellulaire et torture/traitements cruels, inhumains ou dégradants est à présent bien établi dans la jurisprudence régionale et internationale :

9 C'est aussi une pratique du CPT d'exiger une interruption de plusieurs jours entre de telles périodes (CPT, Report on the Visit to Spain in 2011, CPT/Inf (2013) 6, p. 75). Voir aussi CPT 21st General Report, CPT/Inf (2011) 28, p. 56: « Il devrait y avoir une interdiction des décisions disciplinaires séquentielles résultant d'une période ininterrompue d'isolement cellulaire excédant la période maximum ».

La Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) a déclaré que l'isolement cellulaire peut en dernier lieu détruire la personnalité du détenu et ses aptitudes sociales (*Ramirez Sanchez c. France*) et que « l'isolement cellulaire sans la stimulation mentale et physique appropriée aura probablement à long terme des effets néfastes, débouchant sur la détérioration des facultés mentales et aptitudes sociales » (*A.B. c. Russie*). La CEDH s'est prononcée sur l'emploi excessif de l'isolement cellulaire dans de nombreux cas.¹⁰ La Cour a fait référence au principe de proportionnalité dans les cas où l'évaluation de l'isolement cellulaire est utilisée comme punition disciplinaire. À titre d'exemple, dans l'affaire *Ramishvili et Kokhreidze c. Georgie*, le demandeur, qui avait été condamné à quatre ans de prison, a été placé en isolement cellulaire comme sanction disciplinaire pour avoir utilisé un téléphone portable. Le tribunal a d'abord considéré que parmi les sanctions disciplinaires disponibles, l'administration avait choisi la plus sévère, l'isolement dans une cellule. Des faits comme, par exemple, la nature du méfait du demandeur et le fait qu'il s'agissait de sa première infraction de ce type n'ont pas été pris en considération. Le tribunal a estimé qu'il s'agissait de traitements cruels, inhumains ou dégradants en référence aux conditions de la cellule d'isolement (espace insuffisant (5,65 m² pour deux prisonniers)) ; absence d'exercice à l'extérieur ; pas d'intimité ; lit partagé ; et conditions sanitaires inadéquates.¹¹

10 *Mathew c. Pays-Bas*, 24919/03, 29 septembre 2005 ; *A.B. c. Russie*, 1439/06, 14 octobre 2010 ; *Piechowicz c. Pologne*, 20071/07, 17 mai 2012 ; *Gorbulya c. Russie*, 31535/09, 6 mars 2014 ; et *N.T. c. Russie*, 4727/11, 2 juin 2020.

11 Pour la critique au recours à l'isolement cellulaire comme mesure de discipline pour possession d'un téléphone portable dans les prisons danoises, voir le rapport de la Conférence

Les tribunaux nationaux ont aussi reconnu que la durée constitue un facteur important à l'heure d'évaluer l'isolement cellulaire.¹²

La Commission interaméricaine des droits de l'homme (Comm.IDH) et la Cour interaméricaine des droits de l'homme (CIDH) ont, de manière similaire, reconnu les profonds effets de l'isolement prolongé et de la privation de communication. La Comm.IDH a strictement interdit, et de manière réitérée, la détention prolongée et indéfinie car il s'agit d'une « forme de traitement cruel, inhumain ou dégradant au titre de l'Article 5 de la Convention américaine des droits de l'homme ». ¹³ La CIDH a estimé que ces mesures étaient « en soi un traitement cruel et inhumain, nuisible pour l'intégrité morale et psychologique de la personne, et une infraction au droit de tout détenu au respect de sa dignité humaine ». ¹⁴ Au fil des années, la Cour a rendu de solides condamnations en matière d'isolement cellulaire. ¹⁵

La Commission africaine des droits de l'homme et des peuples (CADHP) a également eu l'occasion de se prononcer sur l'isolement cellulaire. À une occasion, trois prisonniers politiques étaient maintenus « en isolement cellulaire pratiquement complet,

2017 (DIGNITY, Copenhague) en ligne sur : conference-report-solitary-confinement.pdf (dignity.dk)

12 *Ashker c. Gouverneur de Californie*, Action civile N° 4:09-cv-05796-CW (N.D. Californie) et le règlement de l'affaire le 1^{er} septembre 2015 Voir aussi l'opposé dans *Judge Breyer in Ruiz c. Texas*, 137 S. Ct. 1246, 1247 (2017).

13 *Castillo Petruzzi et al. c. Pérou*, Série C, N° 52, jugement du 30 mai 1999.

14 *Vélázquez-Rodríguez c. Honduras*, Série C, N° 4, jugement du 29 juillet 1988, p. 156.

15 *Loayza-Tamayo c. Pérou*, Série C, N° 33, jugement du 17 septembre 1997, p. 58 ; *Miguel Castro-Castro Prison c. Pérou*, Série C, N° 160, jugement du 25 novembre 2006 ; *Cantoral-Benavides c. Pérou*, Série C, N° 69, jugement du 18 août 2000, p. 62 et 104.

avec très peu de nourriture, des soins sanitaires inadéquats, attachés pendant de longues périodes dans leurs cellules et ne pouvant se voir mutuellement pendant des années » et il a été soutenu que l'étendue de ce traitement constituait, entre autres choses, des violations de l'article 5.¹⁶ Dans une autre affaire, la CADHP a conclu à une violation dans le cas d'un journaliste détenu pendant 147 jours, soumis à des contraintes physiques et placé à l'isolement pendant certaines périodes¹⁷. Il est difficile de discerner les limites légitimes de l'isolement cellulaire à partir du raisonnement confus de la Commission dans ces affaires.

Le Comité des Nations Unies contre la torture (CAT)¹⁸ et le Comité des Nations Unies des droits de l'homme (CDH)¹⁹ ont interprété leurs conventions contraignantes respectives dans le contexte de l'isolement cellulaire.

Pour éviter toute nuisance en général, le recours à l'isolement cellulaire, lorsqu'il n'est pas interdit au titre du droit dur ou souple

(voir ci-dessus), devrait être limité à des cas exceptionnels comme dernier recours et pour le temps le plus court possible (Règle 45 (1) des Règles Nelson Mandela). Ainsi, les autorités ont l'obligation, dans un premier temps, d'envisager des mesures alternatives et moins restrictives, et dans un second temps, si celle-ci sont rejetées, d'assurer que la durée de l'isolement cellulaire soit la plus brève possible. Le préjudice causé par l'isolement cellulaire a été reconnu par un tribunal au Canada (la Cour suprême de Colombie britannique) qui a estimé que « l'isolement cellulaire cause à certains détenus un préjudice physique et qu'il expose tous les détenus qui y sont soumis au Canada à un risque important de préjudice psychologique grave, y compris de douleur et de souffrance mentales, et à une incidence accrue d'automutilation et de suicide » (Lobel et Smith, 2020).²⁰ La jurisprudence européenne et interaméricaine exige aussi que l'isolement cellulaire soit employé de manière exceptionnelle²¹ et, même ainsi, qu'elle soit proportionnée.²²

16 *Krishna Achuthan et Amnesty International (pour le compte d'Aleke Banda et Orton et Vera Chirwa) c. Malawi*, Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, N°. 64/92, 68/92 et 78/92, jugement du 22 mars 1995, p. 7.

17 *Media Rights Agenda (pour le compte de Niran Malaolu) c. Nigeria*, Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, N°. 224/98, jugement du 6 novembre 2000, p. 70 et 72.

18 *Bouabdallah Ltaief c. Tunisie*, CAT/C/31/D/189/2001, 14 novembre 2003 ; *Imed Abdelli c. Tunisie*, CAT/C/31/D/188/2001, 14 novembre 2003 ; CAT, Rapport sur l'interrogation en Turquie, A/48/44/ADD.1, 15 novembre 1993), p. 52.

19 *Daley c. Jamaïque*, CCPR/C/63/D/750/1997. 3 août 1998 ; *Evans c. Trinidad et Tobago*, CCPR/C/77/D/908/2000, 5 mai 2003 ; *Yong-foo Kang c. République de Corée du Sud*, CCPR/C/78/D/878/1999, 16 juillet 2003; Voir aussi HRC, Commentaires général 7, Article 7 (1982), p. 2.

20 Voir *Association des libertés civiles de Colombie britannique et John Howard Society c. Procureur général du Canada*, 2018, B.C.J. N°. 53, 2018 BCSC 62. L'affaire a fait l'objet d'un appel interjeté auprès de la Cour suprême du Canada.

21 Commission interaméricaine des droits de l'homme, Décision 1/08, *Principes et bonnes pratiques de protection des personnes privées de liberté dans les Amériques*, 13 mars 2008 : « L'isolement est seulement permis en tant que mesure d'une durée strictement limitée et de dernier recours, lorsqu'il s'avère nécessaire pour sauvegarder des intérêts légitimes concernant la sécurité interne des établissements, et pour protéger des droits fondamentaux, tels que la vie et l'intégrité des détenus eux-mêmes ou du personnel de ces institutions. »

22 *Affaire Montero-Aranguren et al. (Centre de détention de Catia) c. Venezuela*, Série C N°. 150, Jugement du 5 juillet 2006.

Des exigences supplémentaires sont prévues dans les Règles Nelson Mandela, y compris la stricte supervision médicale des détenus en isolement cellulaire : « le personnel de santé... doit... prêter une attention particulière à la santé des détenus soumis à toute forme de séparation non volontaire, notamment en effectuant des visites quotidiennes et en fournissant promptement une assistance médicale et un traitement si le détenu ou le personnel pénitentiaire le demande » (Règle 46(1)). L'Association médicale mondiale a remarqué que « la prestation des soins médicaux devrait s'effectuer selon les besoins ou à la demande du prisonnier. Les médecins devraient garantir un accès quotidien aux prisonniers en isolement cellulaire, de leur propre initiative » (Association médicale mondiale, 2019).²³

L'isolement cellulaire devrait prendre place dans des cellules qui répondent à des conditions minimum d'après les règles internationales, par exemple les Règles Nelson Mandela. Il existe d'autres exigences liées à l'isolement cellulaire imposé comme mesure disciplinaire, par exemple concernant le droit de déposer une plainte et le droit à une révision judiciaire (Règles 36 – 53 Nelson Mandela).

En ce qui concerne spécifiquement le droit à la vie de famille (et à la communication privée, etc.), comme le reconnaît le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP), les Règles Nelson Mandela exigent que les contacts avec la famille ne puissent être restreints que pour une période limitée et les sanctions disciplinaires ou mesures de restric-

tion ne doivent pas consister en une interdiction de contacts avec la famille, en particulier avec les enfants (Règle 43(3)).²⁴ Cela signifie que les prisonniers doivent pouvoir maintenir un certain degré de contact avec leur famille et leurs proches à travers des visites, et par le biais d'une correspondance adéquate et fréquente. Cela dit, pour des raisons de sécurité, les autorités pénitentiaires jouissent d'un degré de contrôle sur les personnes admises pour les visites (Règle 60) et la communication avec la famille et les proches peut se faire « sous supervision si nécessaire », normalement par surveillance visuelle (Règle 58 (1)). En outre, si les contacts avec la famille ne peuvent être interdits, ils peuvent néanmoins être restreints « pour une période de temps limitée, lorsque cela est strictement nécessaire pour assurer le maintien de l'ordre et de la sécurité » (Règle 43 (3)) (Voir CEDH, *Piechowicz c. Pologne*).

Les Etats sont dans l'obligation, au titre du droit international relatif aux droits humains, de traiter toutes les personnes de manière égale et sans discrimination. Cela est entériné dans plusieurs instruments internationaux fondamentaux, y compris l'article 2 de la Déclaration universelle des droits de l'homme et l'article 2 (2) du PIDCP et du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Ces dispositions interdisent explicitement toute discrimination basée sur la

²³ Pour la CIDH, la surveillance indépendante et autonome en termes de responsabilité de l'isolement cellulaire d'un individu est essentielle (CIDH, Rapport sur les droits humains des personnes privées de libertés dans les Amériques, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 64, 31 décembre 2011, p. 417 et 418.

²⁴ Les Règles Nelson Mandela (43 (3)) prévoient aussi que « les contacts avec la famille ne peuvent être restreints que pour une période limitée, lorsque cela est strictement nécessaire pour le maintien de l'ordre et de la sécurité ». Voir aussi CEDH, *Ilaşcu et autres c. Moldavie et Russie*, N°. 48787/99, 8 juillet 2004, §438. Eu égard aux femmes, voir aussi la Règle 23 des Règles des Nations Unies sur le traitement des femmes détenues et l'imposition de mesures non privatives de liberté aux délinquantes (Règles de Bangkok) (2010).

race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, les convictions politiques ou autres, la nationalité ou l'origine sociale, la propriété, la naissance ou tout autre état. Ceci est fermement établi dans la jurisprudence par rapport aux enfants,²⁵ aux prisonniers LGTB²⁶ et aux détenus en situation de handicap.²⁷

(3) Aspects médicaux/ psychologiques

Il a été démontré que l'isolement cellulaire a des effets graves et souvent durables sur la santé mentale et le fonctionnement psy-

chologique et social (Grassian, 2006 ; Craig Haney, 2018 ; S. Shalev & Lloyd, 2015 ; Shalev, 2008, 2022 ; Siennick et al., 2021 ; The Lancet, 2018). Des symptômes physiques peuvent également être observés. Les conséquences décrites sont étonnamment cohérentes dans un large éventail d'études, de périodes, de types de prisons, de catégories de détenus et de lieux. Cet aperçu vise à mettre en évidence certaines des études les plus pertinentes, tant les plus anciennes ou historiques que les plus récentes.

Une série de réactions ont été décrites à la suite de l'isolement dans les centres de détention. Certaines sont liées à des changements d'humeur, d'autres sont somatiques et d'autres encore sont similaires ou indicatives d'une détresse ou d'une maladie mentale grave. D'une étude à l'autre, il y a de fortes indications que plus l'isolement est long, plus les réactions indésirables sont probables.

Quelques leçons tirées d'études sur la privation sensorielle en milieu expérimental seront incluses, car l'isolement cellulaire dans ses formes les plus strictes peut, dans une certaine mesure, ressembler à la privation sensorielle, étant donné que l'isolement cellulaire peut limiter la stimulation sensorielle, y compris la lumière, le son et le toucher par d'autres êtres humains. La privation de stimuli peut être décrite comme un continuum, dans lequel différentes formes de stimulation ou d'apport sensoriel sont présentes à des degrés et à des intensités variables.

Conséquences de l'isolement :

Les expériences de privation sensorielle menées dans les années 1950, bien connues mais aujourd'hui très contestées, ont montré qu'après seulement quelques jours d'apports sensoriels sévèrement limités (lumière, son et toucher), les participants à l'étude, qui étaient volontaires, bien préparés et capables

25 Le Comité des Nations Unies des droits de l'enfant a insisté de manière réitérée et systématique sur le fait que toutes les formes d'isolement cellulaire des enfants devraient être abolies : Observations finales sur Le Salvador, CRC/C/15/Add.232, 30 juin 2004, p. 36(a) ; Observations finales sur Singapour, CRC/C/15/Add.220, 27 octobre 2003, p. 45(d) ; Commentaire général N° 10, CRC/C/GC/10, 25 avril 2007, p. 89). La CIDH a observé qu'une grande majorité d'états membres ont continué à appliquer l'isolement cellulaire comme châtiement aux enfants (CIDH, Rapporteur chargé des droits de l'enfant, de la justice des mineurs et des droits de l'homme dans les Amériques, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 78 (2011), p. 559) et réitéré dans le même rapport l'interdiction de « toute pratique étatique qui implique l'isolement cellulaire des enfants détenus dans des dépendances policières », p. 263. Voir aussi la jurisprudence australienne, par exemple *Certain Children by their Litigation Guardian Sister Marie Brigid Arthur c. Minister for Families and Children & Others* [No 2] (2017) 52 VR 441, 554.

26 CEDH, *X c. Turquie*. Le Sous-Comité de l'ONU sur la prévention de la torture a aussi attiré l'attention sur la détresse des prisonniers LGBT placés en isolement, observant qu'« il est probable non seulement qu'ils doivent purger leur peine dans l'isolement mais aussi que celle-ci dure plus longtemps. » (SPT, Neuvième rapport annuel SPT, CAT/C/57/4, 22 mars 2016, p. 64.

27 CIDH, *Victor Rosario Congo c. Équateur*, Affaire 11.427, Rapport N° 12/97, IACtHR, OEA/Ser.L/V/II.95 Doc. 7 rev. at 257, jugement du 12 mars 1997.

d'interrompre l'expérience à tout moment, ont fait état d'une incapacité à penser clairement, d'un moindre contrôle de leur pensée et d'une perte de leur capacité à évaluer le temps. Ils ont aussi rapporté des troubles mentaux temporaires, une concentration amoindrie, une performance académique réduite et plus de nervosité. Certains ont développé des hallucinations, de l'anxiété et même des réactions de panique (Heron, 1957 ; Leiderman et al., 1958).

Des enseignements peuvent également être tirés des domaines émergents de la recherche neurologique qui ont établi un lien entre la solitude et, entre autres, de moins bonnes performances cognitives, un déclin cognitif plus rapide et une cognition dépressive (à titre d'exemple, voir Cacioppo & Hawkey, 2009). La nécessité d'une stimulation sensorielle pour le fonctionnement humain est également bien documentée dans d'autres types d'études. Dans un essai clinique randomisé, un groupe de prisonniers a été soumis à un isolement pendant sept jours et un autre groupe à un traitement normal. Le premier groupe présentait une diminution de l'activité de l'électroencéphalogramme et de la latence des potentiels visuels (impacts sur l'activité électrique dans le cerveau et les voies visuelles), deux indicateurs de dysfonctionnement neurologique. Des résultats similaires sont observés dans le cas de la privation sensorielle (O'Mara, 2015). Des études neuropsychologiques récentes indiquent en outre qu'un isolement prolongé peut causer des lésions cérébrales (Akil, 2019), même irréversibles (Coppola, 2019, Kupers, 2017).

Réactions psychologiques : Les réactions psychologiques fréquemment observées dans les études dans les prisons, même après de courtes périodes d'isolement cellulaire, sont l'anxiété, la peur, le sentiment d'abattement, la dépression et les difficultés de concentration (Stang et al. 2003). Dans une étude, jusqu'à 91 % souffraient d'anxiété et de nervosité et

70 % se sont décrits comme étant « au bord de la rupture émotionnelle » (Haney, 2003). De plus, 77 % étaient en état de dépression chronique et deux tiers d'entre eux présentaient plus d'un symptôme à la fois (Haney, 2003 ; Smith, 2006). Des niveaux élevés d'agressivité et de colère, d'hostilité et d'éloignement des autres pendant et après une longue période d'isolement cellulaire ont aussi été décrits (Jackson, 1983 ; Miller, 1997). Nombreux sont ceux qui font état d'un sentiment d'éloignement de soi et des autres, et d'expériences de confusion (Perez-Sales, 2017 ; Sveaass, 2009).

Symptômes physiques : Dans une étude sur le recours à l'isolement cellulaire pendant la période de détention provisoire, 94 % des détenus souffraient de symptômes psychologiques et psychosomatiques au bout de quatre semaines (Gamman, 2011 ; Smith, 2011), et dans une autre étude, les détenus placés en isolement cellulaire se sont plaints de plus de problèmes de santé que les détenus sous régime ordinaire, en particulier de maux de tête, de douleurs au cou, aux épaules et au ventre, d'anxiété et de dépression (Gamman, 1995). L'état de ceux qui souffraient de maladies somatiques avant l'isolement s'est détérioré. Les plaintes ont duré tout au long de la période d'isolement, mais la plupart des détenus se sont rétablis à la fin de l'isolement. Des réactions cutanées telles que des démangeaisons et des éruptions ont également été observées chez des personnes en isolement (Strong et al., 2020), de même que l'apathie, les vertiges et la perte de poids (Korn, 1988).

Troubles psychiatriques : Le lien entre isolement et troubles psychiatriques est complexe. Au cours des premiers mois de détention, on a constaté que les détenus isolés souffrant de troubles mentaux préexistants maintenaient leur niveau de troubles, tandis que les détenus non isolés amélioraient leur situation (Andersen et al., 2003).

Dans une étude de suivi des prisonniers au fil du temps, un pourcentage nettement plus élevé de détenus en isolement cellulaire (28 % contre 15 %) ont développé des symptômes, le plus courant étant lié aux troubles de l'adaptation avec des difficultés de concentration, des insomnies, une irritabilité, de la dépression et de la tristesse, de l'anxiété, une absence d'énergie et de la passivité parmi les symptômes communs. En général, on observe un mélange de symptômes anxieux, dépressifs et psychosomatiques (Andersen et al., 2000). Des processus de pensée incontrôlés et des hallucinations ont également été fréquemment décrits (Jackson, 1983).

Dans une étude, la proportion de détenus souffrant de schizophrénie, trouble bipolaire, trouble d'anxiété généralisée, trouble de la personnalité antisociale, syndrome du trouble de stress post-traumatique (TSPT) et trouble de panique, a été plus forte chez les détenus placés en isolement que dans la population pénitentiaire générale et les groupes non incarcérés (Hodgins et al., 1991). Les détenus hospitalisés dans une clinique psychiatrique étaient sur-représentés parmi ceux ayant connu l'isolement cellulaire (Volkart et al., 1983) et les prisonniers maintenus en isolement cellulaire pendant 4 semaines étaient 20 fois plus susceptibles d'être admis dans un établissement psychiatrique que ceux qui n'avaient connu aucune forme d'isolement cellulaire (Sestoft et al., 1998).

Suicide et automutilation : Le suicide et l'automutilation sont fréquemment observés chez les personnes placées en isolement. 13 % d'un groupe en isolement se sont livrés à des actes d'automutilation (Gamman, 2001), et dans une autre étude, les détenus en isolement étaient presque sept fois plus susceptibles de s'automutiler et plus de six fois plus susceptibles de s'automutiler de manière potentiellement fatale que ceux qui n'étaient pas en isolement (Kaba et al., 2014). Il a été constaté

que le risque de suicide augmentait considérablement lorsque l'on compare les détenus isolés aux détenus non isolés (Roma et al., 2013). Même au cours des premières années suivant la libération, il a été constaté que les personnes ayant été placées en cellule d'isolement/disciplinaire (une forme d'isolement) présentaient un taux de mortalité plus élevé (Wildeman et Andersen 2020 ; Brinkley-Rubin et al., 2019).

Facteurs ayant un impact sur l'effet de l'isolement cellulaire :

Les effets néfastes de l'isolement cellulaire se retrouvent chez la plupart des personnes qui ont subi des formes d'isolement, mais plusieurs facteurs peuvent influencer le résultat (Haney, 2003 ; Shalev, 2008).

Ces facteurs comprennent des aspects individuels tels que l'âge, le sexe, l'état de santé antérieur, le milieu culturel, la personnalité, l'exposition antérieure au stress/traumatisme, le(s) placement(s) antérieur(s) à l'isolement, ainsi que la préparation, la motivation et les antécédents. Ils comprennent également des facteurs liés aux circonstances dans lesquelles la mise à l'isolement a lieu, et des aspects tels que la durée, les conditions générales dans la cellule, les apports sensoriels, les facteurs atténuants tels que l'accès à la radio, à la télévision ou aux journaux, les activités et la communication. En outre, l'information ou la connaissance de la durée et le degré de contrôle sur la durée sont importants, et le manque d'information sur la durée peut affecter la personne plus que la durée elle-même. En outre, l'absence d'indices permettant de s'orienter a été notée comme saillante (Ruff et al., 1961). Enfin, le manque d'accès aux services, aux mécanismes de plainte, etc. doit également être considéré comme un facteur ayant un impact sur l'effet de l'isolement cellulaire.

II. Protocole

Il s'agit d'un protocole générique destiné à guider la partie de l'entretien relative à la documentation de l'isolement cellulaire. En tant que tel, ce protocole complète le Protocole d'Istanbul lorsqu'une documentation spécifique sur l'isolement cellulaire est requise. Toutefois, il convient de noter que les mauvais traitements et la torture ne sont souvent pas fondés sur des techniques individuelles (qui peuvent ou non être préjudiciables si elles sont examinées une à une), mais résultent de l'interaction combinée de plusieurs méthodes. Les effets cumulés du contexte général de détention et d'interrogatoire et des diverses méthodes utilisées sont importants et doivent être documentés conformément au protocole d'Istanbul. Il en va de même pour les effets cumulés dans le temps de certaines méthodes, y compris l'isolement cellulaire.

Le Protocole est conçu pour être utilisé par les professionnels de santé et les juristes au cours des entretiens dans un centre de détention ou après la libération. Si certaines informations peuvent être recueillies par des professionnels de la santé et des juristes (à savoir les sections 1-4), deux sections du Protocole exigent des aptitudes spécifiques (à savoir les sections 5 et 6).

Le Protocole d'Istanbul prévoit un certain nombre de considérations générales importantes d'ordre pour les entretiens de documentation, y compris concernant les questions de sécurité. Si le prisonnier est toujours en détention, il est important de ne pas oublier qu'il s'agit d'une situation précaire, et donc d'évaluer les questions de sécurité et d'adopter les mesures d'atténuation nécessaires. Le Protocole d'Istanbul prévoit aussi des considérations générales pour les entretiens de documentation menés auprès de collectifs vulnérables, par exemple les enfants. Ces considérations sont aussi à prendre en compte lors de la documentation de l'isolement cellulaire. De plus, lors de l'entretien avec un prisonnier qui a été soumis à l'isolement - et peut-être même pendant une période prolongée - il est important de se souvenir des mesures à prendre pour éviter de déclencher des réactions négatives.

Les entretiens avec les enfants sont particulièrement difficiles. Les questions doivent être adaptées en fonction de l'âge de l'enfant, et le comportement, la cognition et les émotions de l'enfant doivent être interprétés à la lumière de son âge et de son développement. Les entretiens avec les enfants ne devraient donc être menés que par des personnes ayant une expertise, une expérience et une formation particulières, afin de pouvoir évaluer de manière adéquate les parties du protocole à utiliser.

On partira du principe que la personne qui effectue l'entretien a recueilli des informations personnelles concernant la personne, dont son âge, son genre, etc. Ces informations aideront à évaluer si elle entre dans l'une des catégories pour lesquelles l'isolement cellulaire ne devrait pas être employé conformément aux Règles Nelson Mandela (voir ci-dessus et la section 6 ci-après) et les considérations spécifiques à prendre en compte au cours de l'entretien.

Le Protocole se compose de six sections :

1. Consentement éclairé ;
2. Expérience subjective ;
3. Conditions et circonstances de l'isolement cellulaire ;

4. Évaluation de l'état de santé et du fonctionnement avant la détention *et* l'isolement cellulaire ;
5. Évaluation des conséquences médicales et psychologiques, et ;
6. Évaluation juridique de l'isolement cellulaire.

Section 1. Consentement éclairé

Le consentement éclairé consiste à s'assurer que lorsqu'une personne accepte de se soumettre à un entretien (et que les informations fournies soient ultérieurement utilisées), elle soit pleinement informée et ait bien compris les avantages et les risques potentiels du déroulement de l'action proposée. L'interviewer devrait obtenir le consentement éclairé conformément aux lignes directrices citées dans le Protocole d'Istanbul (Chapitre II).

Section 2. Expérience subjective

Cette section comprend les questions à poser lors de l'entretien de sorte à obtenir de la personne la description de son expérience de l'isolement cellulaire. Les réponses doivent être recueillies aussi fidèlement que possible. Il faut donc partir du principe que l'interviewer demande à la personne de confirmer qu'elle a bien été détenue dans une cellule ou en tout autre lieu sans contact avec les autres pendant une certaine durée de temps (isolement cellulaire).

Si c'est le cas, des questions de suivi devraient être posées. Les questions suivantes peuvent servir d'inspiration mais d'autres sujets pertinents peuvent se présenter au cours de l'entretien.

- Pourquoi pensez-vous avoir été placé.e en isolement cellulaire ?
- *Que vous rappelez-vous de la période que vous avez passée à l'isolement ?* Inclure des questions supplémentaires concernant ce que la personne a vu, entendu, ressenti, senti ou les pensées qu'elle a eues.
- *Comment pensez-vous que l'isolement cellulaire vous a affecté au moment où il s'est produit et immédiatement après ?*
- Si un certain temps s'est écoulé depuis que la personne a été libérée de l'isolement cellulaire : *Est-ce que cela vous affecte toujours aujourd'hui ? Si oui, pouvez-vous expliquer comment ?*

Section 3. Circonstances et conditions de l'isolement cellulaire

Pour compléter ce qui a déjà été décrit dans la section précédente, cette section présente les questions qui peuvent être posées au cours de l'entretien pour obtenir une version de ce qui est arrivé aussi objectivement et concrètement que possible. Songez qu'il peut y avoir des lacunes dans les informations fournies, mais l'entretien devrait viser à recueillir les faits de la manière la plus détaillée possible.

- a. Les événements conduisant à l'isolement cellulaire
 - *Comment avez-vous été conduit/e en isolement cellulaire ?*
 - *Quelle a été la procédure qui a conduit à la mise à l'isolement ? (ex. si l'isolement cellulaire était une sanction disciplinaire)*

- *Quelles informations vous a-t-on données et à quel moment ? (ex. concernant les raisons de l'isolement cellulaire, sa durée prévue, le régime imposé, les possibilités de dépôt de plainte, les passages en revue et les visites médicales)*
 - *Votre état de santé préalable pourrait-il se trouver affecté pendant un isolement cellulaire, et si oui, les autorités détentrices en étaient-elles conscientes et l'ont-elles pris en considération ? (ex., claustrophobie, anxiété, dépression)*
- b. *Durée*
- *Combien de jours/semaines/mois/années avez-vous passé/e/s en isolement cellulaire au total ?*
 - *Était-ce une seule période consécutive, y a-t-il eu des interruptions pendant ce temps, ou s'agissait-il de multiples séjours en isolement cellulaire ? (à savoir une description de la durée des différents séjours et interruptions)*
- c. *Contact avec les autres pendant l'isolement cellulaire*
- *Avec qui étiez-vous en contact pendant le temps que vous avez passé en isolement cellulaire ?*
 - *À quelle fréquence étiez-vous en contact avec ces personnes et combien de temps cela durait-il ?*
 - *Quel était le but de ce contact ? (ex. accompagner une personne aux toilettes, servir de la nourriture, contrôle de la part du personnel, visites de l'extérieur)*
 - *Comment étiez-vous en contact avec ces personnes ? (ex. par téléphone, à travers la porte, visite dans la cellule, accès aux autres en dehors de la cellule)*
 - *Quel a été l'objet des différents types de contacts entretenus ?*
 - *Avez-vous eu la possibilité de parler avec ces personnes, étaient-elles silencieuses tout le temps ou deviez-vous garder le silence ?*
- d. *Conditions sous lesquelles l'isolement cellulaire a pris place*
- Tenter de recueillir autant d'informations que possible à propos de la pièce où l'isolement cellulaire a pris place et sur les conditions générales durant l'isolement cellulaire. Cela peut inclure :
- *Taille et état de la pièce*
 - *Type et état du lit et autres meubles*
 - *Accès à l'air extérieur et à la lumière du jour dans la salle (présence et dimensions des fenêtres, portes, orifices d'aération)*
 - *Lumière artificielle et interrupteurs*
 - *Température, humidité et qualité de l'air*
 - *Sons - bruit - silence, y compris les changements pendant la journée*
 - *Possibilités d'indiquer l'heure, par exemple horloge, montre, appels à la prière*
 - *Niveau de propreté, y compris présence de poussière, moisissure, insectes et autres animaux.*
 - *Accès aux vêtements, chaussures, couvertures*
 - *Accès à la nourriture, à l'eau et aux toilettes (à quelle fréquence, intervalles entremis, à la demande ?)*
 - *Accès à un bouton d'appel/alarme ou autre moyen d'appeler le personnel en cas de besoin*
 - *Utilisation de mesures de contention (quand, de quel type)*
 - *Accès à des lectures, radio, télévision ou autres activités dans la salle*
 - *Accès au travail, exercice en plein air ou autres activités en dehors de la salle (quoi, à quelle fréquence, pendant combien de temps ?)*
- e. *Contact avec les professionnels de la santé pendant l'isolement cellulaire*
- *Avez-vous reçu des visites non sollicitées de la part d'un professionnel de la santé lors de l'isolement cellulaire ?*

- *Si oui, à quelle fréquence ? Combien de temps les visites dureraient-elles, et qu'a fait le professionnel de la santé ? Avez-vous pu parler au professionnel en privé ?*
 - *Avez-vous demandé en personne à voir un médecin ou autre professionnel de la santé pendant l'isolement cellulaire, et votre demande a-t-elle été exaucée ?*
- f. Accès aux protections légales pendant l'isolement cellulaire
- *Avez-vous pu déposer une plainte par rapport à votre placement en isolement cellulaire ou aux conditions de l'isolement ?*
 - *Avez-vous eu accès à une aide juridique gratuite ou avez-vous pu voir un avocat ?*
 - *Y a-t-il eu des révisions régulières de la décision de vous placer en isolement cellulaire et avez-vous eu la possibilité d'être entendue/lors de ces révisions ? À quelle fréquence ces révisions ont-elles eu lieu ?*

Section 4. Évaluation de l'état de santé et du fonctionnement avant la détention et l'isolement cellulaire

Cette section vise à obtenir des informations sur l'état de santé et le fonctionnement de la personne avant la détention et le placement à l'isolement. Elle répond à trois objectifs principaux :

- Identifier toute condition préexistante peut aider lorsque l'on avance que la personne n'aurait pas dû être placée en isolement cellulaire à cause de vulnérabilités particulières.
- Effectuer une comparaison de l'état de santé d'une personne avant et après l'isolement cellulaire peut aider à évaluer l'impact que l'isolement a pu avoir.
- Déterminer lors de la procédure pénale si le plaignant a la charge de la preuve (voir section 6).

Avant de poser les questions ci-dessous, l'entretien doit éclaircir si la personne a, au préalable, passé du temps en isolement cellulaire et les réactions qu'elle a eues. Pour chaque cas, les informations à collecter devraient être celles concernant quand, où et dans quelles conditions.

Veuillez recueillir les réponses aussi textuellement que possible.

1. Problèmes liés à la santé mentale et physique avant la détention et avant l'expérience de l'isolement cellulaire (*de préférence à poser par un professionnel de la santé*).
2. Si la personne a passé du temps en détention avant l'isolement cellulaire, poser des questions concernant les problèmes liés à la santé mentale et physique avant l'isolement cellulaire (*de préférence à poser par un professionnel de la santé*).
3. Niveau général de fonctionnement avant la détention. Les questions peuvent inclure les conditions de vie, le passé éducatif, le travail et autres formes d'activités financières, la situation financière, la situation familiale, les projets et objectifs.
4. Si la personne a passé du temps en détention avant l'isolement cellulaire, lui poser des questions sur le niveau de fonctionnement en détention avant d'être placée en isolement cellulaire. Les questions peuvent inclure les relations avec d'autres détenus et le personnel, et le travail ou autres activités.

Section 5. Évaluation des conséquences physiques et psychologiques

Ce volet du Protocole est à utiliser par un expert médical ou psychologique. Les questions suivantes servent d'inspiration par rapport aux questions pertinentes à poser pour évaluer les conséquences physiques et psychologiques, en tenant compte du fait que les spécificités de la personne et la situation dans laquelle se passe l'entretien doivent toujours être gardées présentes à l'esprit. Veuillez fournir une description détaillée des réponses de la personne.

Si un interviewer dépourvu d'expertise médicale ou psychologique n'est pas disponible, et compte tenu de l'expérience de celui-ci, les quatre premières questions ci-dessous peuvent quand même être posées mais il conviendra de faire preuve de prudence pour éviter d'intimider la personne interrogée.

- *Avez-vous ressenti des symptômes physiques alors que vous étiez en isolement cellulaire (douleur, problèmes de sommeil, nausées, vertiges, tension corporelle) ?* Veuillez les décrire en détail.
- *Avez-vous eu des problèmes de santé mentale alors que vous étiez en isolement cellulaire ?* Veuillez les décrire en détail.
- *Avez-vous déjà eu besoin de traitement médical ou psychologique pour ces problèmes ?*
- *Souffrez-vous actuellement de problèmes de santé mentale ou sociaux que vous attribuez à votre séjour en isolement cellulaire ?*

De plus amples détails concernant les réactions de la personne à l'isolement cellulaire peuvent être recueillis à l'aide des deux checklists ci-dessous et aux questions supplémentaires liées à l'interaction de la personne avec les autres. Les éléments des checklists et les questions sont destinés à être utilisés une fois que l'isolement cellulaire a pris fin. Ils peuvent aussi servir d'inspiration lors de l'entretien avec une personne qui se trouve encore en isolement cellulaire, mais la situation précaire et l'état mental dans lesquels elle se trouve doivent alors être pris en considération à l'heure de décider du niveau de détail des questions posées.

1: Checklist des symptômes cognitifs :

Cette checklist évalue les symptômes cognitifs de la personne pendant l'isolement cellulaire et après.²⁸ Au moment de poser des questions, veuillez vérifier les détails des éléments ci-dessous (circonstances, symptômes, expérience subjective ou tout facteur susceptible d'aider à comprendre l'élément).

28 Éléments sélectionnés et adaptés des questionnaires MOCA et Brève Évaluation Neuropsychologique pour le contexte de la détention et de l'isolement cellulaire.

Tableau 1. Checklist des symptômes cognitifs :

	L'un de ces symptômes s'est-il manifesté lors de l'isolement cellulaire, et avec quelle fréquence ?	Quelle était la situation après l'isolement cellulaire ?
	Jamais Parfois Souvent Tout le temps	Non applicable Amélioration Pas de changement Aggravation
1. Avez-vous déjà perdu conscience ?		
Si oui : Raisons de la perte de conscience : (a) Coups reçus à la tête ou autre traumatisme crânien (b) Suffocation/asphyxie (c) Évanouissement émotionnel dû à l'anxiété ou à la peur (d) Autres formes de douleur (e) Autres		
2. Orientation. Étiez-vous capable de dire plus ou moins combien de temps vous êtes resté/e en isolement cellulaire ?		
3. Orientation. Saviez-vous à peu près à quel moment de la journée vous étiez ? (matin, après-midi, soir ou nuit)		
4. Conscience. Aviez-vous envie de dormir <i>la plus grande partie de la journée</i> ?		
5. Concentration et mémoire. Avez-vous déjà remarqué que vous étiez incapable de vous rappeler des informations de base vous concernant (ex. le nom des membres de votre famille proche, les détails de votre enfance) ?		
6. Concentration et mémoire. Vous est-il arrivé de ne pas être capable de comprendre des questions, même simples, posées par d'autres ?		
7. Concentration et mémoire. Étiez-vous capable de vous rappeler, immédiatement après avoir été en isolement cellulaire, comment était votre cellule (ne pas poser cette question si la personne avait les yeux bandés) ?		

8. Concentration et mémoire. Avez-vous remarqué des difficultés de concentration pour des tâches ou activités que vous aviez entreprises ?		
9. Perception. Avez-vous perçu des altérations de votre cadre environnant (ex. les murs ou le plafond qui bougent ou semblent vous tomber dessus) ?		
10. Perception. Avez-vous entendu des voix ou vu des visages <i>en dehors de votre tête</i> puis ensuite réalisé qu'ils étaient irréels ?		
11. Jugement. Avez-vous connu une situation où vous avez essayé de parler mais où vous avez eu des difficultés à trouver les mots justes et/ou avez ressenti un blocage ?		
12. Jugement. Vos droits légaux vous ont-ils été expliqués, mais vous n'avez pas été capable de comprendre le contenu de la conversation ?		
13. Jugement. Vous a-t-on présenté des documents (confession, déclaration, etc) que vous n'avez pas été capable de comprendre ?		
14. Auto-évaluation subjective. Croyez-vous que vous étiez en état de prendre des décisions de quelque type que ce soit ?		

2 : Checklist des symptômes émotionnels :

Cette checklist évalue les émotions pendant l'isolement cellulaire et après.²⁹

Questions liées aux interactions de la personne avec les autres :

- *Après l'isolement cellulaire, avez-vous vécu des changements dans vos désirs d'être avec les autres ?* (par exemple désir de plus ou moins de contact, éloignement des autres ou évitement)
- *Avez-vous eu des problèmes lorsque vous étiez avec d'autres personnes ?* (difficultés de concentration, méfiance, pensées dérangeantes, émotions troublantes (par exemple colère ou déception) ou réactions psychosomatiques (transpiration, bouche sèche, tremblements ou vertiges))
- *Avez-vous le sentiment qu'être avec les autres peut vous aider ?*
- *Y a-t-il une différence dans vos réactions en fonction des personnes avec lesquelles vous vous trouvez ?* (famille, amis, collègues)
- *Avez-vous le sentiment que vos réactions lorsque vous êtes avec d'autres personnes vous rendent les choses difficiles ?* (influences sur la manière dont la personne remplit son rôle au sein de la famille ou sa capacité à travailler ou à étudier)

29 Éléments sélectionnés et adaptés de la Grille des affects positifs et négatifs (PANAS pour les sigles en anglais) et du Profil des humeurs (POMS pour les sigles en anglais) à un contexte de détention et isolement cellulaire.

Tableau 2. Checklist des symptômes émotionnels

	L'une de ces émotions s'est-elle manifestée lors de l'isolement cellulaire, et avec quelle fréquence ?	Quelle était la situation après l'isolement cellulaire ?
	Jamais Parfois Souvent Tout le temps	0. Non applicable 1. Amélioration 2. Pas de changement 3. Aggravation
Émotions, sentiments et somatisation		
1. Tristesse		
2. Colère (envers vous ou les autres)		
3. Terreur, peur		
4. Anxiété y compris les problèmes respiratoires ou crises de panique		
5. Douleur sans raison apparente (mal au ventre, mal de tête, ou autres réactions)		
Actions sous le coup des émotions		
6. Automutilation Impulsion de vous faire du mal (coupures, coups)		
7. Idées suicidaires Envie de vous ôter la vie		
8. Projets ou actions suicidaires Vous aviez établi un plan, voire fait une tentative de suicide		
9. Apathie Sentiment d'abandon et de désespoir		
Émotions secondaires - Émotions liées aux autres		
10. Honte Humiliation intense ou dégradation		
11. Culpabilité Autoaccusation ou remord intense		
Émotions de détachement		
12. Dissociation Sentiment que tout était irréel. Vertiges, comme si rien de ceci ne vous était vraiment arrivé.		

Émotions positives		
13. Contrôle. Calme, sentiment de prise en charge		
14. Joie. Moments de joie en dépit de tout		

Évaluations plus poussées :

L'Annexe A comprend une sélection d'échelles cliniques qui peuvent être utiles pour compléter l'évaluation d'une personne d'après le Protocole d'Istanbul. Ces échelles peuvent être utilisées *en cas d'isolement cellulaire*. Par exemple, si la PCLC-V est employée pour évaluer les symptômes du trouble de stress post-traumatique, expliquer à la personne que chaque élément (retours en arrière, comportements d'évitement, pensées intrusives) devrait être considéré dans le cadre de l'isolement cellulaire (les flashbacks ou pensées récurrentes au moment de l'isolement cellulaire, éviter de se retrouver seul/e, etc.). Lors de la réalisation de l'évaluation, utiliser les versions les plus récentes et validées des échelles cliniques disponibles.

Conclusion :

Vous devriez terminer votre évaluation par un résumé des résultats, si possible à l'aide des systèmes de diagnostic ICD (la classification internationale des maladies) ou DSM (le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux).

Section 6. Évaluation juridique de l'isolement cellulaire

Ce volet du Protocole est à utiliser par un professionnel du domaine juridique. Pendant l'entretien, tentez de rechercher les informations indiquées ci-dessous, qui seront utiles pour l'évaluation juridique de l'affaire.

Lors de l'évaluation de la mesure à la lumière du droit international, différentes questions doivent être soulevées :

- Quel type d'isolement cellulaire a été imposé dans ce cas précis et pourquoi ?
La personne appartenait-elle à un groupe vulnérable qui ne devrait pas être sujet à l'isolement cellulaire d'après les Règles Nelson Mandela ?
- La mesure adoptée viole-t-elle d'autres principes des Règles Nelson Mandela ?
- Par exemple la mesure violait-elle une interdiction absolue ?
- La mesure relevait-elle de la torture ou du mauvais traitement (Articles 1 ou 16 UNCAT) ?
- L'isolement cellulaire violait-il d'autres règles relatives aux droits humains ? Cette évaluation juridique devrait concerner, entre autres, la liberté issue de l'absence de discrimination, soit si l'instance a été imposée de manière discriminatoire.

Au niveau procédural, il vaut la peine de rappeler que la règle générale dans toutes juridictions est que le plaignant a l'obligation de prouver ses allégations. Cela dit, s'il peut documenter avoir été en bonne santé au moment de sa détention alors que ce n'était plus le cas lors de sa libération, alors la charge de la preuve peut changer et rejaillir sur le défendeur, comme on l'a vu dans la jurisprudence européenne (CEDH, *Ribitsch c. Autriche*). Si vous êtes parvenu/e

à collecter des informations concernant la santé de la personne avant sa détention et l'isolement cellulaire (voir ci-dessus), cela peut s'avérer pertinent pour les questions procédurales.

Interprétation et utilisation des résultats de l'évaluation psychologique et médicale

À la lumière du débat juridique ci-dessus, il est probable que les arguments puissent être étayés par des évaluations réalisées par des professionnels de la santé.

Lors de l'évaluation des conclusions de ces évaluations, le Protocole d'Istanbul peut fournir des lignes directrices et les questions suivantes devraient être posées :

- Les résultats suggèrent-ils que l'isolement cellulaire a mené à des problèmes de santé mentale et/ou physique ?
- Des problèmes de santé mentale préexistants ont-ils pu accroître le risque d'exacerbation des problèmes de santé mentale lors de l'isolement cellulaire ?
- Des problèmes de santé mentale préexistants ont-ils pu conduire à l'isolement cellulaire ?

Annexe 1. Évaluation de l'isolement cellulaire

Mini-guide pour l'entretien.

1. Demander ouvertement à la victime présumée de raconter son **expérience subjective** de l'isolement cellulaire. Recueillez les réponses aussi fidèlement que possible.

- Pourquoi avez-vous été placé/e en isolement cellulaire ?
- Que vous souvenez-vous de la période d'isolement cellulaire ?
- Comment l'isolement cellulaire vous a-t-il affecté/e lorsqu'il s'est produit et immédiatement après ?
- Est-ce que cela vous affecte toujours aujourd'hui ? Si oui, comment ?

2. Circonstances et conditions.

- Quels ont été les événements menant à l'isolement cellulaire ?
- Combien de temps avez-vous passé en isolement cellulaire ? Une fois ou à plusieurs reprises ?
- Avec qui étiez-vous en contact pendant la période d'isolement cellulaire, comment ; à quelle fréquence ; et dans quel but ?
- Quelles étaient les conditions dans lesquelles l'isolement cellulaire a pris place, par exemple l'état de la cellule et l'accès à des toilettes, l'emploi de mesures de contention, l'accès au travail et aux activités ?
- Avez-vous eu accès à un professionnel de la santé ?
- Avez-vous eu accès à un avocat et la décision de l'isolement cellulaire a-t-elle été révisée régulièrement ?
- Avez-vous pu déposer plainte ?

3. **Santé et fonctionnement avant la détention et l'isolement cellulaire.** Cette section a pour but :

- d'identifier les états de santé préexistants indiquant des vulnérabilités particulières
- de comparer l'état de santé avant et après l'isolement cellulaire
- de déterminer si le plaignant a la charge de la preuve

Il convient de recueillir des informations à propos :

- Mise à l'isolement antérieure et réactions
- Problèmes de santé mentale et physique avant la détention
- Problèmes de santé mentale et physique avant l'isolement cellulaire
- Niveau général de fonctionnement avant la détention, y compris les conditions de vie ; la situation financière ; la situation familiale ; les projets et les objectifs.
- Niveau de fonctionnement pendant la détention mais avant l'isolement cellulaire, y compris les relations avec les autres détenus et le personnel ; le travail et les autres activités

4. Conséquences psychologiques et physiques de l'isolement cellulaire.

- Avez-vous souffert de symptômes physiques alors que vous étiez en isolement cellulaire?
- Avez-vous eu des problèmes de santé mentale alors que vous étiez en isolement cellulaire?
- Avez-vous déjà eu besoin de traitement médical ou psychologique pour ces problèmes ?
- Souffrez-vous actuellement de problèmes de santé mentale ou sociaux que vous attribuez à votre séjour en isolement cellulaire ?
- Outre ces questions, des checklists permettant d'explorer en profondeur les réactions émotionnelles et cognitives potentielles peuvent être employées par les professionnels de la santé.

5. Évaluation juridique (ne fait pas partie de l'entretien) :

- Quel type d'isolement cellulaire a été imposé ?
- La personne appartenait-elle à un groupe vulnérable qui ne devrait pas être sujet à l'isolement cellulaire ?
- La mesure adoptée viole-t-elle d'autres principes des Règles Nelson Mandela ?
- La mesure relevait-elle de la torture ou du mauvais traitement ?
- D'autres règles relatives aux droits de l'homme ont-elles été enfreintes ?
- Comment l'évaluation psychologique/médicale contribue-t-elle à tirer des conclusions ?

Annexe 2. Questionnaires supplémentaires

Le Protocole peut être complété par les outils d'évaluation suivants. Certains sont référencés dans le Protocole, d'autres sont inclus à titre informatif.

Trouble de stress post-traumatique (TSPT) : La PCL-C-5, la Version 5 de la checklist civile post-traumatique est un questionnaire en 20 points qui permet de diagnostiquer le PTSD selon les critères DSM-V. Il en existe aussi des versions abrégées. Le Questionnaire international sur les traumatismes est un document en 12 points qui aide à diagnostiquer le TSPT et le TSPT complexe selon l'ICD 11. L'Échelle des expériences dissociatives (DES-II) permet de mesurer les états de dissociation. Elle peut être adaptée à la réaction lors des périodes de détention.

Fonctionnement quotidien : Il englobe les mesures qui évaluent l'autonomie d'une personne après libération suite à une période de détention (travail, études, vie familiale et communautaire).

Évaluation cognitive de Montréal (MOCA). Ce sont 30 points qui évaluent le fonctionnement neurocognitif. Son application prend environ 15 minutes. Ziad S. Nasreddine MD, et

al, The Montreal Cognitive Assessment, MoCA : A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment, *Journal of the American Geriatric Society*, 30 mars 2005.

Brève évaluation neuropsychologique - Mini-examen de l'état mental. Ces 30 points étudient les troubles cognitifs liés à l'état médical. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. «Mini-mental state»: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975 ; 12:189-19.

Grille des affects positifs et négatifs (PANAS). Échelle brève visant à identifier les humeurs, composée de deux séries de 10 points et permettant de mesurer les réactions émotionnelles à une situation donnée. D. Watson, L.A. Clark, et A. Tellegen (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.

Profil des humeurs (POMS). Ces 65 points évaluent 7 humeurs différentes. McNair, D., Lorr, M., & Droppleman, L. (1971). *Mode d'emploi du Profil des humeurs*. San Diego : Service de test éducatif et industriel.

Checklist de l'évaluation des intentions (IAC). C'est une aide pour l'évaluation des intentions de l'auteur présumé de la torture. Elle aide à évaluer systématiquement tous les éléments pertinents potentiels, sans chercher à accorder un score mais à avoir une perspective générale des éléments pertinents à l'intentionnalité. Pau Pérez-Sales, *Psychological Torture*, Routledge. p. 375

MQPL+ : Mesure de la qualité de vie en prison (MQPL) et Qualité de vie du personnel (SQL). Liebling, A., Hulley, S. and Crewe, B. (2011), 'Conceptualising and Measuring the Quality of Prison Life', in Gadd, D., Karstedt, S. and Messner, S. (eds.) *The Sage Handbook of Criminological Research Methods*. Londres : Sage

Inventaire Beck de la dépression : Yuan-Pang Wang and Clarice Gorenstein (2013). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, vol.35 no.4, <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2012-1048>

Le mini-entretien neuropsychiatrique international. (M.I.N.I.) est un entretien diagnostique bref et structuré développé conjointement par les psychiatres et cliniciens aux États-Unis et en Europe, pour les troubles psychiatriques DSM-IV et ICD-10. (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10 D V Sheehan , Y Lecrubier, K H Sheehan, P Amorim, J Janavs, E Weiller, T Hergueta, R Baker, G C Dunbar. *J Clin Psychiatry* 1998 ; 59 Suppl 20:22-33 ; quiz 34-57.

Références

- Akil, H. (2019). The Brain in Isolation: A Neuroscientist's Perspective on Solitary Confinement'. In Jules Lobel, and Peter Scharff Smith (eds), *Solitary Confinement: Effects, Practices, and Pathways toward Reform*. New York, 2019; online edn, Oxford Academic, 19 Dec. 2019. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190947927.003.0012>
- Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, Krishna Achuthan et Amnesty International (pour le compte d'Aleke Banda et Orton et Vera Chirwa) v. Malawi, N°. 64/92, 68/92 et 78/92, jugement du 22 mars 1995.
- Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, Media Rights Agenda (pour le compte de Niran Malaolu) v. Nigeria, N°. 224/98, jugement du 6 novembre 2000.
- Bottom of Form
- Andersen, H.S., Sestoft, D., Lillebaek, T., Gabrielsen, G., Hemmingsen, R., & Kramp, P. (2000). A longitudinal study of prisoners on remand: psychiatric prevalence, incidence and psychopathology in solitary vs. non-solitary confinement. *Acta Psychiatr Scand.*, Juillet 102(1), 19–25.
- Andersen, H.S. et al. (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.
- Ashker v. Governor of California, Civil Action No. 4:09-cv-05796-CW (N.D. California), settlement of the case (1 September 2015).
- Brinkley-Rubinstein, L., Sivaraman, J., Rosen, D.L., Cloud, D.H., Junker, G., Proescholdbell, S., Shanahan, M.E. & Ranapurwala, S.I. (2019). Association of Restrictive Housing During Incarceration With Mortality After Release. *JAMA Network Open*, 2(10).
- British Columbia Civil Liberties Association and John Howard Society v. Attorney General of Canada, (2018), B.C.J. No. 53, 2018 BCSC 62.
- Bronwyn, N. & Shalev, S. (2022), Solitary Confinement and the Meaning of “Meaningful Human Contract”, Chapter 10, Herrera, C.B and Haec, Y (eds), *Human Rights Behind Bars: Tracing Vulnerability in Prison Populations Across Continents from a Multidisciplinary Perspective*, Springer Cham.
- Cacioppo J.T. & Hawley L.C. (2009). *Perceived Social Isolation and Cognition*. *Trends Cogn Sci*. 2009 Oct; 13(10): 447–454.
- Certain Children by their Litigation Guardian Sister Marie Brigid Arthur v Minister for Families and Children & Others [No 2] (2017) 52 VR.
- Cloud, D.H., Ahalt, C., Augustine, D., Sears, D., & Williams, B. (2020). Medical Isolation and Solitary Confinement: Balancing Health and Humanity in US Jails and Prisons During COVID-19. *J Gen Intern Med*; 35: 2738–2742.
- Coppola, F. (2019). The brain in solitude: an (other) eighth amendment challenge to solitary confinement. *Journal of Law and the Biosciences*, 1–42 doi:10.1093/jlb/lasz014 Advance Access Publication.
- DIGNITY – Danish Institute against Torture, Conference Report 2017 Solitary Confinement used as a Disciplinary Measure
- Le Comité européen pour la prevention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) (2011). Standards: Solitary Confinement of Prisoners.
- CPT. (2011). Report on the Visit to Spain, CPT/Inf (2013)/6.
- CPT. (2011). 21st General Report, CPT/Inf (2011).
- CPT. (2015). General Reports, CPT/Inf/E, 1 - Rev. 2015.
- CEDH. (2005). *Ribitsch v Austria*, 18896/91
- CEDH. (2006). *Ramirez Sanchez v. France*, 59450/00
- CEDH. (2005). *Mathew v. the Netherlands*, 24919/03
- CEDH. (2010). *A.B. v. Russia*, 1439/06
- CEDH. (1997). *Raninen v. Finland*. 20972/92
- CEDH. (1999). *Selmouni v. France*. 25803/94
- CEDH. (2004). *Ilaşcu and others v. Moldova and Russia*, No. 48787/99
- CEDH. (2009). *Ramishvili and Kokhveidze v. Georgia*, 1704/06
- CEDH. (2011). *Payet v. France*, 19606/08
- CEDH. (2012). *Piechowicz v. Poland*, 20071/07
- CEDH (2014). *Gorbulya v. Russia*, 31535/09
- CEDH. (2020). *N.T. v. Russia*, 4727/11
- Règles pénitentiaires européennes (2020), Recommendation Rec(2006)2, révisée et amendée par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe, 1 Juillet 2020.
- Gamman, T. (1995). Solitary Confinement and Influence on Inmates Health. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 1995: 2243–6.
- Gamman, T. (2001). Om bruk av isolasjon under varetektsfengsling. *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab* 2001: 88.
- Gendreau, P. et al. (1972). Changes in EEG Alpha Frequency and Evoked Response Latency During Solitary Confinement. *Journal of Abnormal Psychology*, 79 (1): 54–59.
- Haney, C. (2003). Mental Health Issues in Long-Term Solitary and “Supermax” Confinement. *Crime Delinquency*, Vol. 49 (1): 124–156.

- Haney, C. (2012). Expert Report in Ashker v. Governor of California, Civil Action No. 4:09-cv-05796-CW (N.D. California).
- Hebb, D. (1961). Introduction to Chapter 2, Cognitive and Physiological Effects of Perceptual Isolation. In Ph. Solomon et al. (eds). *Sensory Deprivation. An investigation of Phenomena Suggesting a Revised Concept of the Individual's response to His Environment*, Cambridge: Harvard University Press *Cognitive and Physiological* pp. 6 – 33.
- Heron, W. (1957). The pathology of boredom. *Scientific American*, Vol. 196: 52–56.
- Heron, W. (1961). Cognitive and Physiological Effects of Perceptual Isolation. In Ph. Solomon et al. (eds). *Sensory Deprivation*, pp. 6 – 33. Cambridge: Harvard University Press.
- Hodgins, S. & Cote, G. (1991). The mental health of penitentiary inmates in isolation. *Can J Criminol*. 33(Apr 91):175–182.
- Comm.IDH, Resolution 1/08, Principles and Best Practices on the Protection of Persons Deprived of Liberty in the Americas, 13 March 2008.
- CIDH, Velázquez-Rodríguez v. Honduras, Series C, No. 4, judgement of 29 July 1988.
- CIDH, Víctor Rosario Congo v. Ecuador, Case 11.427, judgement of 12 March 1997.
- CIDH, Loayza-Tamayo v. Peru, Series C, No. 33, judgement 17 September 1997.
- CIDH, Castillo Petrucci et al. v. Peru, Series C, No. 52, judgement of 30 May 1999.
- CIDH, Cantoral-Benavides v. Peru, Series C, No. 69, 18 August 2000.
- CIDH, Miguel Castro-Castro Prison v. Peru, Series C, No. 160, judgement of 25 November 2006
- CIDH, Montero-Aranguren et al. (Centre de détention de Catia) v. Venezuela, Série C N°. 150, Jugement du 5 juillet 2006
- CIDH, Report on the Human Rights of Persons Deprived of Liberty in the Americas, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 64, 31 December 2011.
- The Istanbul Statement on the Use and Effects of Solitary Confinement (2007).
- Jackson, M. (1983). *Prisoners of Isolation: Solitary Confinement in Canada*. Toronto: Toronto University Press.
- Kaba, F., Lewis, A., Glowa-Kollisch, S., Hadler, J., Lee, D., Alper, H., et al (1972). Solitary Confinement and Risk of Self-Harm Among Jail Inmates. *American Journal of Public Health* | March 2014, Vol 104 (3).
- Korn, R. (1988). The Effects of Confinement in the High Security Unit at Lexington. *Social Justice* Vol. 15, No. 1 (31), Struggles for Justice (Spring 1988), pp. 8-19, <https://www.jstor.org/stable/29766384>.
- Leiderman, P.H., Mendelson, J., Wexler, D., & Solomon, P. (1958). Sensory deprivation: Clinical aspects. *AMA Arch Intern Med*. 1958;101(2):389-396, doi:10.1001/archinte.1958.00260140221032.
- Lobel, J. & Smith, P.S. (eds.) (2020). *Solitary Confinement, Effects, Practices, and Pathways towards Reform*, Oxford University Press.
- Mc Coy, A.W. (2008). Legacy of a Dark Decade: CIA Mind Control, Classified Behavioral Research, and the Origins of Modern Medical Ethics. In A.E. Ojeda (ed). *The Trauma of Psychological Torture*, pp 40-70. London: Praeger.
- Miller, H.A., & Young, G.R. (1997). Prison segregation: administrative detention remedy or mental health problem? *Crim Behav Ment Health*.7(1):85-94.
- Perez-Sales, P. (2017). *Psychological Torture. Definition, evaluation and measurement*. New York: Routledge.
- Pérez-Sales, P., Søndergaard, E., Shir, E., Cakal, E., & Brasholt, M. (2019). Protocol on Medico-Legal Documentation of Sleep Deprivation. *Torture Journal*, 29(2), 28-55.
- Penal Reform International and Essex Human Rights Centre, Essex paper 3: Initial guidance on the interpretation and implementation of the UN Nelson Mandela Rules (2017).
- Roma, P., Pompili, M., Lester, D., Girardi, P., & Ferracuti, S. (2013) Incremental conditions of isolation as a predictor of suicide in prisoners. *Forensic Sci Int*. (2013 Dec 10);233(1):e1–2.
- Royal Commission into Aboriginal deaths in custody. (1991). Volume 3 AUroyalC 3, 15 April 1991.
- Ruff, G.E., Levy, E.Z. & Thaler, V.H. (1961). Factors Influencing the Reaction to Reduced Sensory Output. In Ph. Solomon et al. (eds). *Sensory Deprivation. An investigation of Phenomena Suggesting a Revised Concept of the Individual's response to His Environment*, pp. 72-91. Cambridge: Harvard University Press.
- Ruiz v. Texas, 137 S. Ct. 1246, 1247 (2017).
- Stestoft D.M., Andersen H.S., Lillebaek T, Gabrielsen G (1998). Impact of solitary confinement on hospitalization among Danish prisoners in custody. *Int J Law Psychiatry*, Winter 1998;21(1):99-108. doi: 10.1016/s0160-2527(97)00025-3.
- Smith, P.S. (2006). The Effects of Solitary Confinement on Prison Inmates: A brief history and review of literature. *Crime and Justice*, vol. 34, 441-528.
- Smith, P.S. & Koch, I. (2019). Isolationens følger virkninger – fra 1800-tallet til i dag. In M. Rus & P.S. Smith (2019). *Isolasjon – et fengsel i*

- fengslet*. Pp. 109 – 139. Copenhagen: Cappelen Damm Akademisk.
- Stang, J., Moe, J., Teigst, I.A., Østberg, B., & Moger, T. (2003). Fanger i sikkerhetscelle – en utfordring. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 13–14, 2003; 123: pp. 1844–6.
- Stang, J. & Østberg, B. (2006). Innsattes forslag til å forebygge isolasjon i sikkerhetscelle. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 43, nummer 1, 2006, pp. 30–33.
- Strong, J.D., Reiter, K., Gonzalez, G., Tublitz, R., Augustine, D., Barragan, M., et al. (2020) The body in isolation: The physical health impacts of incarceration in solitary confinement. *PLoS ONE* 15 (10): e0238510. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238510>.
- Sveaass, N. (2009). Torture – a Crime against Humanity. In A. Lothe, M. Daniel, M.B. Snipstad & N. Sveaass (eds). *Strength in Broken Places. Marginalisation and Empowerment*, pp. 179–197, Oslo.
- Søndergaard, E., Skilbeck, R., & Shir, E. (2019). Development of interdisciplinary protocols on medico-legal documentation of torture: Sleep deprivation. *Torture Journal*, 29(2), pp. 23–27.
- CAT, Bouabdallah Ltaief v. Tunisia, CAT/C/31/D/189/2001, 14 November 2003.
- CAT, Imed Abdelli v. Tunisia, CAT/C/31/D/188/2001, 14 November 2003.
- CAT, Report of the Inquiry on Turkey, A/48/44/ADD.1, 15 November 1993.
- CAT, Daley v. Jamaica, CCPR/C/63/D/750/1997. 3 August 1998
- CAT, Evans v. Trinidad and Tobago, CCPR/C/77/D/908/2000, 5 May 2003
- CAT, Yong-Joo Kang v. Republic of South Korea, CCPR/C/78/D/878/1999, 16 July 2003.
- CAT, General Comment 7, Article 7 (1982).
- Comité des droits de l'enfant des Nations Unies, Concluding Observations on El Salvador, CRC/C/15/Add.232, 30 June 2004.
- Comité des droits de l'enfant, Concluding Observations on Singapore, CRC/C/15/Add.220, 27 October 2003.
- Comité des droits de l'enfant, General Comment No. 10, CRC/C/GC/10, 25 April 2007.
- Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (2006).
- United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial Measures for Women (2010).
- United Nations Sub-Committee on the Prevention of Torture, Ninth annual report of the SPT, CAT/C/57/4, 22 March 2016.
- Volkart, R., Rothenfluh, T., Kobelt, W., Dittrich, A., & Ernst, K. (1983). Solitary confinement as risk factor for psychiatric hospitalization (in German). *Psychiatr Clin (Basel)*, 16(5-6): pp. 365–77.
- Wildeman, C. & Andersen, L.H. (2020). Solitary placement and post-release mortality risk among formerly incarcerated individuals: A population-based study. *Lancet Public Health* 5(2): e107–e113. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30271-3.
- World Medical Association, (2019). Statement on Solitary Confinement, adopted by the 65th WMA General Assembly, Durban, South Africa, October 2014 and revised by the 70th WMA General Assembly, Tbilisi, Georgia, October 2019.