

Solitary Confinement and Federal Corrections:

Recent Changes

in Ethical Guidelines for Health Care Professionals
and in International Human Rights Obligations

Ivan Zinger, J.D., Ph.D., Correctional Investigator of Canada and Member of the CPA Committee on Ethics

For health care practitioners, working in a prison setting poses many professional and ethical challenges, perhaps more so than any other work environment. This is especially true for those health care professionals who are employed directly by correctional authorities as they may feel subordinate to correctional authorities and have difficulty reconciling their main duty as protector and advocate of patient health with the security objectives and protocols of their employers.

The Association on the Prevention of Torture (APT) is an international non-governmental organization that is partly funded by the United Nations and whose purpose is to assist countries to sign and ratify the Optional Protocol to the UN Convention against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. The APT suggests that one important measure to prevent ethical dilemmas inherent to situations of dual loyalties is the integration of prison health services into a country's national health service, with health care professionals being employed and overseen by the national health service rather than by correctional authorities. The APT considers this as a best practice. Unfortunately, at the federal level in Canada, there is no separate federal health care provider, and the Correctional Service of Canada (CSC) has been given the statutory obligation to provide essential health care services that conform with professionally accepted standards to all federally incarcerated offenders.

With more than 300 registered psychologists, the CSC is the largest single employer of psychologists in the federal government. CSC psychologists provide psychological screening, assessment, and treatment to more than 14,000 federally incarcerated offenders. They are accountable to their respective provincial regulatory bodies, yet are also subject to terms and conditions of employment set by their employer (Treasury Board Canada), CSC policies, and a myriad of legal obligations including provisions of the *Corrections and Conditional Release Act*.

International human rights instruments provide important guidance for prison health care professionals in meeting their ethical and clinical obligations. The recently revised *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners* (now re-titled the *Nelson Mandela Rules*, 2015)

reaffirm the importance of professional clinical independence and acknowledge the risk of undue influence by correctional authorities on the obligations of health care providers to promote and protect the health of prisoners/patients. For example, Rule 25(2) states that "...the health-care service shall consist of an interdisciplinary team with sufficient qualified personnel acting in full clinical independence and shall encompass sufficient expertise in psychology and psychiatry," while Rule 27(2) says that the "...clinical decisions may only be taken by the responsible health-care professionals and may not be overruled or ignored by nonmedical prison staff." Such unequivocal role separation may come as a surprise to many psychologists and senior correctional officials alike.

Ethical challenges in prison settings are perhaps best illustrated by looking at the roles of CSC psychologists in the placement and maintenance of prisoners in administrative segregation. In the last five years, there has been a renewed interest around the world for reducing or prohibiting the use of solitary confinement in prisons and other detention settings. Canada is no exception. High profile and egregious cases, such as Ms. Ashley Smith and Mr. Adam Capay, have mobilized the legal community and prisoner advocates, and have finally crystallized public opinion. The practice of long-term or indefinite segregation is now seen as unacceptable, harmful, and inhumane. The Office of the Correctional Investigator continues to document cases where the CSC places prisoners in administrative segregation who are seriously mentally ill, who chronically self-injure, or who are suicidal.

Correctional authorities in Canada are now scrambling to create alternatives to segregation and run their facilities with less reliance on this population management tool. About two years ago, under increasing public pressure and litigation, the CSC focused its corporate attention to reduce the number of inmates placed in administrative segregation and the average length of time of each placement. Despite the fact that the law remained unchanged since 1992, which requires administrative segregation to be used only as a last resort, for the shortest time possible, and when all other alternatives have been exhausted, the CSC was able to reduce its use by half without any perceptible impact on the safety and security of both prisoners and staff – a significant achievement and a demonstration of strong leadership.

The Association on the Prevention of Torture (APT) is an international non-governmental organization that is partly funded by the United Nations and whose purpose is to assist countries to sign and ratify the Optional Protocol to the UN Convention against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment.

New administrative segregation policy and guidelines developed in October 2015 require “mental health professionals,” which includes psychologists, to conduct an assessment prior to the five-day review of the Segregation Review Board (SRB). The assessment requires mental health professionals “...to provide written comments concerning any mental health issues that may impact the inmate’s segregation status and how his/her mental health needs can be accommodated.” Moreover, the new policy states that “...a mental health professional must be present as a permanent member of the institutional Segregation Review Boards.” The SRB reviews placements five days following the initial placement and every 30 days thereafter. It determines whether or not a prisoner should remain in administrative segregation, with the chair of the SRB making a recommendation to the Warden accordingly.

The new policy therefore requires a mental health professional to be part of a correctional decision-making body to maintain or discontinue administrative segregation placements. Such a situation raises serious ethical and clinical dilemmas which were highlighted by the Office of the Correctional Investigator in our 2015-16 Annual Report (see www.oci-bec.gc.ca).

Principle 4 of the *Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and*

Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (UN General Assembly, 1982) states that it is a contravention of medical ethics for health personnel “...to certify, or to participate in the certification of, the fitness of prisoners or detainees for any form of treatment or punishment that may adversely affect their physical or mental health and which is not in accordance with the relevant international instruments, or to participate in any way in the infliction of any such treatment or punishment.”

More recently and more specifically, Rule 45(2) of the *Nelson Mandela Rules* (2015) states that “...the imposition of solitary confinement should be prohibited in the case of prisoners with mental or physical disabilities when their conditions would be exacerbated by such measures.” Rule 46 further stipulates that “...health-care personnel shall not have any role in the imposition of disciplinary sanctions or other restrictive measures, ...pay particular attention to the health of prisoners held under any form of involuntary separation, and report ...any adverse effect of disciplinary sanctions or other restrictive measures on the physical or mental health of a prisoner subjected to such sanctions or measures.” Rule 46 also provides clear authority to health care personnel to **advise** the head of the detention facility to prohibit or terminate a placement for physical or mental health reasons at any time.

The *Nelson Mandela Rules* define solitary confinement as the confinement of prisoners for 22 hours or more a day without meaningful human contact, and prolonged solitary confinement as any time period in excess of 15 consecutive days. Rule 43 strictly prohibits prolonged or indefinite solitary confinement, and Rule 44 prohibits solitary confinement in the case of prisoners with mental or physical disabilities when their conditions would be exacerbated by such measures.

In light of the revised rules and evolving international standards, I believe it may be time for psychologists who work in correctional settings to have a serious conversation on their roles as part of a correctional process that may be inherently harmful to their patients. In my opinion, psychologists should be reluctant to provide any assessment that could be relied upon to maintain segregation placements, and should certainly not be seen as part of the correctional decision-making process by sitting as a member of the SRB. Forging or maintaining therapeutic relationships with patients is very difficult, if not impossible, when clinicians are asked to be part of such potentially harmful correctional practice. Providing clinical assessments on the placement of prisoners who suffer from serious mental health issues or on the maintenance of any prisoner past the 15-day mark raise serious ethical questions.

Invitation: Please feel free to send your comments about this article or any ideas you have regarding topics for future Ethics Corner articles to ethicscttee@cpa.ca.



L'isolement préventif et le système correctionnel fédéral :



changements récents

apportés aux directives éthiques pour les professionnels de la santé et aux obligations internationales à l'égard des droits de la personne

Ivan Zinger, LL.D., Ph. D., enquêteur correctionnel du Canada et membre du Comité de déontologie de la SCP

Pour les professionnels de la santé, le travail dans une prison pose de nombreux défis éthiques et professionnels, peut-être plus que tout autre environnement de travail. Cela est particulièrement vrai chez les professionnels de la santé qui sont employés directement par les autorités correctionnelles, car ils se sentent, dans certains cas, subordonnés aux autorités correctionnelles et ont du mal à concilier leur mission principale, à savoir protéger et défendre la santé de leur patient, et les objectifs de sécurité et les protocoles de leur employeur.

L'Association pour la prévention de la torture (APT) est une organisation internationale non gouvernementale financée en partie par l'Organisation des Nations Unies, dont le but est d'aider les pays à signer et à ratifier le protocole facultatif à la

Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. L'APT soutient que l'intégration des services de santé en milieu carcéral au service national de la santé d'un pays, où les professionnels de la santé sont employés et supervisés par le régime national de soins de santé plutôt que par les autorités correctionnelles, est une mesure à considérer pour prévenir les problèmes d'éthique inhérents aux situations de double loyauté. Pour l'APT, il s'agit d'une pratique exemplaire. Malheureusement, au Canada, il n'y a pas de fournisseur de soins de santé distinct à l'échelon fédéral et le Service correctionnel du Canada (SCC) a comme obligation légale de fournir, à tous les détenus sous responsabilité fédérale, les services de soins de santé essentiels conformément aux normes généralement acceptées dans la profession.

Avec, à son emploi, plus de 300 psychologues agréés, le SCC est le plus important employeur de psychologues au sein du gouvernement fédéral. Les psychologues du SCC fournissent des évaluations psychologiques et des traitements à plus de 14 000 délinquants incarcérés dans un établissement fédéral. Ils doivent rendre compte à leur organisme de réglementation provincial, mais ils sont également soumis aux conditions de travail établies par l'employeur (le Conseil du Trésor du Canada), aux politiques du SCC et à une myriade d'obligations juridiques, parmi lesquelles les dispositions de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*.

Les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme donnent une orientation importante aux professionnels de la santé par rapport aux obligations éthiques et cliniques qu'ils doivent respecter. La révision récente de l'*Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus* (aujourd'hui rebaptisée *Règles Nelson Mandela*, 2015) réaffirme l'importance de l'indépendance clinique des professionnels et reconnaît le risque que pose l'influence indue exercée par les autorités correctionnelles relativement aux obligations des fournisseurs de soins de santé, c'est-à-dire promouvoir et protéger la santé des détenus/patients. Par exemple, la règle 25(2) stipule que « ... [c]e service doit être doté d'un personnel interdisciplinaire comprenant un nombre suffisant de personnes qualifiées agissant en pleine indépendance clinique, et disposer de compétences suffisantes en psychologie et en psychiatrie », tandis que la règle 27(2) stipule que « [l]es décisions cliniques ne peuvent être prises que par les professionnels de la santé responsables et ne peuvent être rejetées ou ignorées par le personnel pénitentiaire non médical ». Cette séparation des rôles sans équivoque peut sembler étonnante pour plusieurs psychologues et hauts fonctionnaires des services correctionnels.

Le rôle que jouent les psychologues du SCC dans le placement et le maintien en isolement préventif des prisonniers illustre bien les défis éthiques que présente le milieu pénitentiaire. Au cours des cinq dernières années, on a assisté à un regain d'intérêt, partout dans le monde, pour la réduction ou l'interdiction de l'isolement cellulaire dans les prisons et les autres milieux de détention. Le Canada ne fait pas exception. Certains cas extrêmes très médiatisés, comme ceux de Mme Ashley Smith et de M. Adam Capay, ont mobilisé le milieu juridique et les défenseurs des détenus, pour finir par

crystalliser l'opinion publique. L'isolement de durée prolongée ou indéterminée est maintenant considéré comme une pratique inacceptable, nuisible et inhumaine. Le Bureau de l'enquêteur correctionnel continue de documenter les cas où le SCC met en isolement préventif des détenus qui ont une maladie mentale grave, qui s'automutilent de manière chronique ou qui sont suicidaires.

Les responsables des services correctionnels au Canada s'efforcent tant bien que mal de trouver d'autres méthodes pour remplacer l'isolement et d'autres façons de gérer leurs établissements en limitant le recours à cet outil de gestion de la population carcérale. Il y a environ deux ans, devant la pression croissante du public et l'augmentation des litiges, le SCC a recentré son attention sur la réduction du nombre de détenus placés en isolement préventif et la durée moyenne de chaque placement en isolement. La loi actuelle, qui n'a pas changé depuis 1992, exige déjà que l'isolement préventif soit utilisé en dernier recours, lorsque toutes les autres mesures ont été tentées, et qu'il soit le plus court possible. Le SCC a, malgré cela, réussi à réduire le recours à l'isolement préventif de moitié sans aucune incidence perceptible sur la sûreté et la sécurité des détenus et du personnel. Il s'agit là d'une réalisation importante, qui témoigne de la volonté des dirigeants à s'attaquer au problème.

La nouvelle politique et les nouvelles directives en matière d'isolement préventif, élaborées en octobre 2015, obligent les « professionnels de la santé mentale », dont font partie les psychologues, à procéder à une évaluation avant le réexamen du cinquième jour ouvrable par le comité de réexamen des cas d'isolement. En vertu de cette directive, le professionnel de la santé mentale qui effectue l'évaluation est tenu de « présenter par écrit des observations concernant tout problème de santé mentale pouvant avoir une incidence sur l'isolement préventif et des recommandations sur la façon de répondre aux besoins en santé mentale du détenu ». En outre, la nouvelle politique stipule que « [l]es comités de réexamen des cas d'isolement en établissement doivent compter parmi leurs membres permanents un professionnel de la santé mentale ». Le comité de réexamen des cas d'isolement examine chaque placement en isolement cinq jours après le placement initial et tous les 30 jours par la suite. Il détermine si un détenu doit rester ou non en isolement préventif; le président du comité de réexamen fait alors sa recommandation au directeur de l'établissement.

L'Association pour la prévention de la torture (APT) est une organisation internationale non gouvernementale financée en partie par l'Organisation des Nations Unies, dont le but est d'aider les pays à signer et à ratifier le protocole facultatif à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

La nouvelle politique exige donc qu'un professionnel de la santé mentale fasse partie de l'organe de décisions correctionnelles, qui statue sur le maintien ou l'interruption de l'isolement préventif. Une telle situation soulève de graves dilemmes éthiques et cliniques, soulignés par le Bureau de l'enquêteur correctionnel dans son rapport annuel de 2015-2016 (voir www.oci-bec.gc.ca).

Selon le principe 4 des *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* (Assemblée générale des Nations Unies, 1982), il y a violation de l'éthique médicale si des membres du personnel de santé « [c]ertifient, 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 ».

Plus récemment, et plus précisément, la règle 45(2) des *Règles Nelson Mandela* (2015) stipule que « [l]e recours à l'isolement cellulaire devrait être interdit pour les détenus souffrant d'une incapacité mentale ou physique lorsqu'il pourrait aggraver leur état ». De plus, la règle 46 précise que « [l]e personnel de santé ne doit jouer aucun rôle dans l'imposition de sanctions disciplinaires ou autres mesures de restriction. Il doit cependant prêter une attention particulière à la santé des détenus soumis à toute forme de séparation non volontaire et... il doit signaler tout effet néfaste d'une sanction disciplinaire ou autre mesure de restriction sur la santé physique ou mentale du détenu contre lequel elle est prise ». Par ailleurs, la règle 46 accorde explicitement au personnel de soins de santé le droit d'informer le directeur de

l'établissement s'il estime nécessaire de suspendre ou d'assouplir ladite sanction ou mesure pour des raisons médicales physiques ou mentales.

Selon les *Règles Nelson Mandela*, l'isolement cellulaire signifie l'isolement d'un détenu pendant 22 heures par jour ou plus, sans contact humain réel, et l'isolement cellulaire prolongé signifie l'isolement cellulaire pour une période de plus de 15 jours consécutifs. La règle 43 interdit strictement l'isolement préventif prolongé ou pour une durée indéterminée, et la règle 45 interdit le recours à l'isolement pour les détenus souffrant d'une incapacité mentale ou physique lorsqu'il peut aggraver leur état.

À la lumière des règles révisées et de l'évolution des normes internationales, je crois qu'il est temps, pour les psychologues qui travaillent dans le milieu correctionnel, de réfléchir sérieusement sur leur rôle dans les procédures correctionnelles susceptibles d'être intrinsèquement dangereuses pour leurs patients. À mon avis, les psychologues devraient être réticents à fournir une évaluation pouvant être utilisée pour maintenir le placement en isolement préventif, et ne devraient en aucun cas intervenir dans le processus de décisions correctionnelles en tant que membre du comité de réexamen de l'isolement. L'établissement ou le maintien de la relation thérapeutique avec le patient est très difficile, voire impossible, lorsqu'on demande aux cliniciens de prendre part à une pratique correctionnelle potentiellement dangereuse. Fournir des évaluations cliniques sur le placement de détenus qui souffrent de graves problèmes de santé mentale ou sur le maintien de l'isolement au-delà de 15 jours soulève de sérieuses questions éthiques.

Invitation : n'hésitez pas à envoyer vos commentaires sur le présent article ou à nous faire part de vos idées de thèmes pour la rubrique « L'Espace éthique » en écrivant à ethicscttee@cpa.ca.

