Document généré le 24 avr. 2024 13:34

Santé mentale au Québec

Lois en matière de santé mentale au Canada : accélérer la réorientation du navire de l'État

Canadian mental health law: Accelerating the redirection of the Ship of State

Leyes en materia de salud mental en Canadá: acelerar la reorientación del navío del Estado

Leis em matéria de saúde mental no Canadá: acelerar a reorientação do navio do Estado

H. Archibald Kaiser

Volume 34, numéro 2, automne 2009

Santé mentale et justice

URI : https://id.erudit.org/iderudit/039128ar
DOI : https://doi.org/10.7202/039128ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)
1708-3923 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Kaiser, H. A. (2009). Lois en matière de santé mentale au Canada : accélérer la réorientation du navire de l'État. *Santé mentale au Québec*, *34*(2), 93–121. https://doi.org/10.7202/039128ar

Résumé de l'article

Dans cet article, l'auteur répertorie certaines perspectives prometteuses de l'évolution des lois en matière de santé mentale et présente des façons d'évaluer l'état et les progrès de la législation, s'inspirant des organismes internationaux et des efforts concluants d'autres pays. Il examine des facteurs qui pourraient contribuer à l'évolution de ces lois au Canada et conclut qu'il y a des manières cohérentes de changer de direction, bien que, dans ce domaine législatif piégé, personne ne saurait formuler de prédiction fiable.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 2009

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Lois en matière de santé mentale au Canada : accélérer la réorientation du navire de l'État

H. Archibald Kaiser*

Dans cet article, l'auteur répertorie certaines perspectives prometteuses de l'évolution des lois en matière de santé mentale et présente des façons d'évaluer l'état et les progrès de la législation, s'inspirant des organismes internationaux et des efforts concluants d'autres pays. Il examine des facteurs qui pourraient contribuer à l'évolution de ces lois au Canada et conclut qu'il y a des manières cohérentes de changer de direction, bien que, dans ce domaine législatif piégé, personne ne saurait formuler de prédiction fiable.

Malgré la nécessité morale et juridique qui semble s'imposer, il serait naïf de croire que l'orientation de la législation en matière de santé mentale au Canada sera inévitablement modifiée pour adopter des fondements plus modernes et plus humains. Le passage du modèle médical à un modèle social ou du handicap nécessitera un changement spectaculaire et généralisé des attitudes et ni le rythme, ni l'orientation des réformes législatives nécessaires ne sont inéluctables. Quel alliage de forces faudrait-il pour propulser les législateurs de ce pays à emprunter ce qui serait perçu comme un virage radical ? Dans l'exposé qui suit, nous tenterons d'isoler certaines influences qui pourraient accélérer la naissance de nouvelles lois en santé mentale au Canada, en nous inspirant d'organismes internationaux tels les Nations unies, l'Union européenne, le Conseil de l'Europe, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de certains pays en voie de modifier leur orientation.

Instruments internationaux : les Nations unies

On aurait pu croire que les nombreux traités en matière de droits humains étaient susceptibles d'entraîner une révision du contenu des lois en matière de santé mentale, étant donné que certaines de leurs dispositions se rapportent aux grands idéaux du modèle social ou du handicap. Malheureusement, on ne reconnaît à aucun de ces instruments le mérite d'avoir entraîné des réformes législatives significatives : « en

* Professeur, faculté de droit et département de psychiatrie, Université Dalhousie.

réalité, les lois internationales en matière de droits humains ont largement été sans effet » en ce qui concerne à la fois l'abus en matière de services et de négligence législative chronique » (Dhir, 2008). Kämpf (2008) a suggéré que ces instruments « ne reconnaissent pas suffisamment ce que signifie le handicap dans le contexte des droits humains » et que toutes les présumées « protections des personnes handicapées manquent de clarté et n'insistent pas assez sur la spécificité des droits ».

On a prétendu que la *Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants* interdisait « les interventions et l'internement psychiatriques sans consentement comme formes de torture » (HCDH, 2007, 6). Comme on a reconnu que le recours abusif de l'hospitalisation psychiatrique s'inscrit dans les notions de torture (article 1) ou de traitements cruels, inhumains, dégradants ou punitifs (article 16) (Nowak, 2008), on pourrait soutenir que le droit canadien offre déjà un rempart contre de tels « abus et violences » et que le Canada n'a donc pas besoin « de protections légales plus fortes contre les violations des droits humains ni de mesures de redressement » (Nowak, 2008). De même, les « Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale » (Nations unies, résolution 46/119, 1991), bien qu'il ne s'agisse pas d'un traité, pourraient avoir marqué l'arrivée d'un climat qui préconise le respect des droits. Ces principes ont plutôt fait l'objet de critiques comme quoi ils « justifient l'utilisation coercitive du pouvoir médical et minent les droits des patients atteints de troubles mentaux », engendrant le risque d'« interférer dans la protection de ces personnes ou de l'entraver » (Harding, 2000).

La perspective d'une véritable impulsion venant du droit international a été rehaussée avec la récente promulgation de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (UNGA A/61/661, 2006) que le Canada a signée, mais n'a pas encore ratifiée [1]. Cette *Convention* remplace les Principes de 1991 et son préambule formule ce qui pourrait annoncer une approche novatrice, se dirigeant davantage vers le modèle social ou le modèle du handicap et reconnaissant les conditions de privation des personnes handicapées :

> (e) « ***Reconnaissant*** que la notion de handicap évolue et que le handicap résulte de l'interaction entre des personnes présentant des incapacités et les barrières comportementales et environnementales qui font obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres ;
>
> (t) « ***Insistant*** sur le fait que la majorité des personnes handicapées vivent dans la pauvreté et reconnaissant à cet égard qu'il importe au plus haut

> point de s'attaquer aux effets pernicieux de la pauvreté sur les personnes handicapées ».

À la lumière de ces dispositions et de quelques autres, les premières évaluations établissent clairement que la Convention « s'appuie sur le modèle social plutôt que sur le modèle médical du handicap », ce qui constitue « un changement de paradigme significatif dans la compréhension de ce qu'est le handicap » ; cette convention reconnaît que « le handicap s'inscrit dans la société et non dans la personne » (McSherry, 2008).

Il faut aussi comparer attentivement les lois en vigueur avec les droits enchâssés dans plusieurs autres articles de la Convention qui invitent à de vastes réformes : le paragraphe 3 (a) reconnaît « … la liberté de faire ses propres choix » ; l'article 8 demande une « sensibilisation », y compris « combattre les stéréotypes, les préjugés et les pratiques dangereuses » ; le paragraphe 12 (3) stipule qu'il faut prendre « des mesures appropriées pour donner aux personnes handicapées accès à l'accompagnement dont elles peuvent avoir besoin pour exercer leur capacité juridique » ; l'alinéa 14 (1) (b) exige que les personnes « ne soient pas privées de leur liberté de façon illégale ou arbitraire » ; l'article 17 assure à la personne handicapée le « droit au respect de son intégrité physique et mentale sur la base de l'égalité avec les autres » ; l'article 19 reconnaît « à toutes les personnes handicapées le droit de vivre dans la société, avec la même liberté de choix que les autres personnes », y compris l'« accès à une gamme de services à domicile ou en établissement et autres services sociaux d'accompagnement », alors que l'article 28 reconnaît « le droit des personnes handicapées à un niveau de vie adéquat », « notamment une alimentation, un habillement et un logement adéquats ». Avec l'application et la surveillance exigées des États parties (article 33) et en vertu de l'article 1 du Protocole facultatif qui permet la présentation de plaintes au *Comité des droits des personnes handicapées* dès la ratification de la Convention et du Protocole, le Canada sera tenu de mesurer le niveau de conformité de ses lois et d'offrir un mécanisme de redressement à ses citoyens lésés.

La Convention a été qualifiée « de point culminant de la progression linéaire de la reconnaissance du handicap comme véritable question de droits humains » (Hendriks, 2007). Bien qu'il soit encore trop tôt pour spéculer sur le potentiel de transformation de la Convention, il est urgent que les lois canadiennes soient examinées pour déceler le niveau de révision qu'exigent ses lacunes apparentes. Certains observateurs soutiennent que la détention pour imposer des traitements viole les standards internationaux et la Convention, et que les obstacles

à la prise de décision autonome doivent être retirés [2]. D'un autre côté, certains experts ont voulu freiné l'enthousiasme de ceux qui prétendent que la Convention va jusqu'à exiger l'abolition des traitements involontaires : « D'un point de vue pratique, il est difficile d'imaginer la disparition complète de régimes de traitement involontaires légalisés » (McSherry, 2008). La Convention pourrait plutôt mener au développement de « limites pour certaines pratiques et à des traitements trop intrusifs et non bénéfiques » en termes de droits négatifs. En ce qui a trait aux droits positifs, la perspective pourrait sembler plus propice : la Convention « aborde systématiquement plusieurs aspects de la vie quotidienne et établit le lien entre handicap, exclusion, pauvreté, manque d'éducation, chômage et santé (Kämph, 2008). Dans l'ensemble, en mettant principalement l'accent sur le modèle du handicap et ses standards juridiques, d'aspirations à l'égalité et de mandats de développement social et d'inclusion sociale, la Convention devrait donner une véritable impulsion à une nouvelle orientation des lois canadiennes.

Initiatives européennes

L'Union européenne (UE)

On peut se demander ce que le Canada aurait à apprendre du portrait complexe présenté par les États membres de l'Union européenne quant à la manière d'effectuer sur le plan juridique la transition d'un modèle médical coercitif à un modèle social inclusif. Il y a des indices que ce processus a été entamé dans l'UE. En 2003, une conférence ministérielle conjointe de l'OMS et de l'UE a reconnu que « combattre la stigmatisation et la discrimination nécessite des lois efficaces et la capacité de les appliquer » et que la « promotion de l'inclusion sociale demande une multiplicité de stratégies [3] ». Cette position a par la suite été entérinée par le Conseil de l'Union européenne dans sa reconnaissance de « l'importance de promouvoir des mesures efficaces dans toutes les politiques pertinentes pour accroître l'inclusion sociale et l'équité », et plus tard dans son livre vert qui relève l'importance d'améliorer « la qualité de vie des personnes atteintes de troubles mentaux ou qui sont handicapées par le biais de l'inclusion sociale et de la protection de leurs droits et de leur dignité [4] ». Sous l'égide de la conférence ministérielle européenne de l'OMS, cinquante-deux États membres ont collaboré à la production en 2005 de la *Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe* [5]. La Déclaration témoigne d'un consensus général sur la nécessité de reformuler les politiques et les lois en matière de santé mentale, afin qu'elles ne « soient plus exclusivement axées sur les traitements et l'hospitalisation » et qu'elles s'orientent vers « des politiques et des soins

novateurs axés sur la communauté pour assurer l'inclusion sociale ». La Déclaration mentionne qu'une « transformation » est en cours « qui vise à atteindre l'inclusion sociale et l'égalité », dont les priorités incluent de s'attaquer à la « stigmatisation, la discrimination et aux inégalités » et d'intégrer la santé mentale à d'autres « domaines de politiques publiques tels que les droits humains, les services sociaux, l'éducation et l'emploi ». Ce qui est critique, c'est que la Déclaration demandait que l'on agisse pour « adopter la législation permettant de responsabiliser les personnes à risque ou ayant des problèmes de santé mentale, et de leur donner les moyens d'occuper une place entière dans la société ».

Des enquêtes de l'OMS, section Europe, ont par la suite prédit « une intense activité d'élaboration de politiques et de lois » incitée en partie par la Déclaration : « Depuis 2005, 57 % des pays ont adopté de nouvelles politiques en santé mentale et 48 % ont introduit de nouvelles lois ». Avec une certaine mise en garde, l'évaluation signale que, malgré ce tourbillon, « dans certains pays, les bureaux des ministères croulent sous le poids de politiques qui n'ont jamais été mises en œuvre », à cause de leur irrecevabilité sur le plan politique, de leur remise en question par des praticiens ou du manque de ressources humaines et financières. En 2009, un rapport de l'OMS-Europe soutenait que « La santé mentale comme telle se construit socialement » et « aussi importantes que soient les interventions particulières… l'urgence prioritaire en matière de politiques est de promouvoir et de protéger le respect et la justice — les principes qui sous-tendent le bien-être mental » (Friedli, 2009).

Le Conseil de l'Europe

On peut observer au Conseil de l'Europe — dont « le mandat politique a été défini lors du Troisième Sommet des chefs d'État et de gouvernement tenu en 2005 [6] — une progression nette, bien que graduelle, vers l'adoption du modèle social. La recommandation du Comité des Ministres de 2005 reconnaît la nécessité d'une action commune « pour promouvoir une meilleure protection des droits humains et de la dignité des personnes ayant des troubles mentaux, en particulier celles qui sont soumises à des traitements ou à des placements involontaires » et demande aux États membres « d'adapter leurs lois et leurs pratiques [7] » en conséquence.

En 2005, l'Assemblée parlementaire avait donné un élan additionnel en invitant ses États membres à « réformer leur législation, afin d'assurer le respect des droits des personnes atteintes de troubles mentaux » conformément à l'esprit de la recommandation : « la mise en

valeur de la dimension politique des législations se rapportant à la santé mentale et la réaffirmation de leur ancrage dans la sphère des législations humanistes… ». Après l'adoption de la recommandation (2004) 10, le travail s'est prestement poursuivi au sein du Conseil, afin de faciliter l'action des États membres « pour une meilleure réponse aux besoins de santé mentale en Europe », ce qui a abouti en 2009 à « un mécanisme d'intervention qui a mené au réexamen des politiques en matière de santé mentale », dont nous parlerons davantage plus loin. Les processus, objectifs et progrès du Conseil de l'Europe devraient être suivis de près par les législateurs dans leurs efforts pour dégager le Canada de sa présente allégeance au modèle médical qui se fonde sur la coercition.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS)

Plusieurs des importantes publications de l'OMS de la dernière décennie pourraient faire accélérer l'émergence d'une législation canadienne plus progressiste. Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2001 — La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, bien qu'il reste ancré dans le modèle médical, favorise une plus grande sensibilisation à l'influence des facteurs sociaux dans la genèse des troubles mentaux et dans leur progression. Ce rapport encourage l'évolution des soins « vers un modèle communautaire », incluant une emphase sur « le respect des droits fondamentaux des individus atteints de troubles mentaux [8] » et permettre « davantage aux personnes atteintes de troubles mentaux ou du comportement de prendre leur destin en main ». Le rapport fait aussi la promotion de « lois pour soutenir » cette nouvelle orientation, qu'il présente comme « indispensable pour garantir la dignité du patient et protéger ses droits fondamentaux ».

L'OMS reconnaît les contraintes auxquelles les lois sont assujetties, mais elle souligne quand même l'importance cruciale de la législation et de son rôle dans le façonnement des politiques : « Les politiques en santé mentale s'appuient sur le cadre juridique pour atteindre leurs objectifs, protéger les droits et améliorer la vie des personnes aux prises avec des troubles mentaux [9]. » Ces déclarations sur le lien vital entre la promotion des droits humains et le fait de légiférer trouvent écho dans une autre publication plus récente de l'OMS :

> Il faut que les politiques reposent sur les principes du respect des droits humains, et sur l'exercice, la promotion et la protection de ces droits… La législation en matière de santé mentale codifie et consolide les principes, les valeurs, les visées et les objectifs fondamentaux des politiques et des programmes en matière de santé mentale. Elle fournit un cadre juridique pour prévenir les violations, pour promouvoir les droits humains et pour

> résoudre les problèmes critiques qui touchent la vie des personnes atteintes de troubles mentaux [10].

Le point de vue peut-être le plus important préconisé par l'OMS, mais pas encore présent dans les lois canadiennes, est que : « Les lois en santé mentale sont donc plus que des lois sur les soins et les traitements qui se limitent étroitement à la prestation de traitements dans le cadre de services institutionnalisés [11]. » L'OMS exhorte « les pays à adopter » des lois « qui font la promotion des droits des personnes atteintes de troubles mentaux et qui les habilitent à faire des choix au sujet de leur vie, leur fournissent des protections légales et les assurent d'une pleine participation à la communauté [12] ».

En tant que pays riche, doté d'une infrastructure juridique et de services solide comparativement à plusieurs autres pays, le Canada devrait accepter de relever le défi que l'OMS lançait récemment à l'Europe, soit celui d'adopter des lois progressistes qui « assurent que les questions critiques qui touchent la vie des personnes atteintes de troubles mentaux sont abordées » et « qui augmenteront les possibilités pour que ces personnes puissent s'épanouir pleinement dans la communauté [13] ». L'OMS a récemment conclu que « nous sommes confrontés à une urgence mondiale en matière de droits en santé mentale [14] », et le Canada devrait s'assurer que ses lois s'appuient sur un modèle de redressement qui inciterait d'autres pays moins favorisés à emboîter le pas.

Les principaux changements qu'entraînerait l'incorporation des standards de l'OMS dans les lois canadiennes se situent au chapitre de la promotion de l'égalité. Les lois canadiennes seraient améliorées si les législateurs acceptaient qu'il s'agisse de domaines « d'égale importance », « mais qui ont été négligés par le passé ». Dans son *Ouvrage de référence sur la santé mentale, les droits de l'homme et la législation*, l'OMS fournit un autre guide précieux pour amorcer la réforme législative au Canada, en demandant que l'on mette dans le préambule des lois l'emphase sur « les droits humains des personnes ayant des troubles mentaux » et sur « l'importance de l'accessibilité de tous aux services de santé mentale ».

Malgré l'état de développement juridique du Canada et sa relative prospérité, ses lois tirent de l'arrière par rapport aux standards de promotion de l'égalité de l'OMS. En se basant non seulement sur l'inspiration de l'OMS en matière de normes, mais aussi sur l'expérience réelle d'autres pays, on peut imaginer une transformation radicale des lois, des politiques et des pratiques au Canada. On peut aussi, comme on en parle ci-dessous, planifier le contrôle du rythme des changements législatifs et de leur efficacité.

Méthodes de surveillance et progression des droits humains dans les lois sur la santé mentale

Les autorités hésitent à s'engager dans un processus qui pourrait vraisemblablement exposer les lacunes des lois, des politiques et de la prestation des services. Cette réticence est d'autant plus grande dans le contexte législatif de la santé mentale, car une approche déconstructiviste remettrait en question l'hégémonie du modèle médical et imposerait aux gouvernements des responsabilités financières additionnelles. Certains gouvernements et organismes ont adopté une approche plus ambitieuse pour faire avancer les droits des personnes atteintes de troubles mentaux, et leurs efforts méritent d'être étudiés. Ce qui est proposé, c'est la création de normes pour évaluer la protection des droits humains dans les lois, afin d'offrir une plateforme à la réforme et une base pour l'évaluation et la responsabilité.

Utilisation d'un instrument d'analyse des droits : Australie et Conseil de l'Europe

Au cours des années 1990, le ministère du procureur général de l'Australie a élaboré un instrument d'analyse des droits (*Rights Analysis Instrument,* RAI) pour évaluer dans quelle mesure les lois se conforment à la protection des droits humains, afin de faire « une évaluation objective des réformes existantes des lois en santé mentale des États et des territoires pour ce qui est de leur réponse à ces obligations [15] ». Certains droits ont d'abord été considérés comme « n'étant pas facilement applicables sur le plan légal » et convenant mieux à la reconnaissance par le biais de « moyens extra judiciaires tels des directives et des normes administratives » ; cependant, plusieurs de ces cibles alors considérées marginales ont finalement été incluses. Parmi les questions qui ont fait l'objet de cette controverse, mentionnons les droits humains d'ordre plus général, l'adoption d'« instruments internationaux en matière de droits humains », ainsi que « les éléments des programmes de prévention et de promotion… [tels que] la protection contre les facteurs négatifs qui augmentent le risque de développer des troubles mentaux, y compris la pauvreté, l'exploitation et d'autres influences sociales malsaines ». Étant donné l'appui des participants — « usagers et autres » — lors des consultations et de la critique déjà relevée dans l'enquête nationale sur les droits des personnes atteintes de maladie mentale *(National Inquiry into the Human Rights of People with Mental Illness* ; le rapport Burdekin) quant à leur omission dans la législation, certaines de ces questions ont été abordées dans l'instrument final d'analyse des droits (RAI). Les dispositions législatives ont été examinées pour savoir

dans quelle mesure elles se conformaient (« substantielle », « significative », « partielle » ou « minimale ») à partir de treize indicateurs.

Les recommandations formulées lors de la publication du premier instrument d'analyse des droits comprenaient d'élargir les engagements législatifs même au delà des domaines étudiés, afin « d'améliorer les normes en matière de droits humains » dans des « pratiques législatives exemplaires » pour mettre l'accent sur « les droits humains plus positifs (plutôt que sur la protection des droits négatifs) » en « incorporant les standards nationaux dans les lois en santé mentale » (Watchirs, 2000).

Bien que la création d'un outil similaire soit proposée, les critiques et les limites de l'instrument australien sont riches d'enseignement pour le contexte canadien. Au cours du processus, on a récusé l'un des ancrages originels du RAI, les Principes des Nations unies de 1991, sous prétexte qu'ils étaient dépassés et pas assez inclusifs. On a remis en question la justesse de la cotation, son équité et son exactitude. On s'est dit inquiet que l'on n'exigeait pas que les personnes ayant des troubles mentaux soient informées de leurs droits, rendant certaines garanties « vides plutôt que protectrices ». On a aussi relevé à plusieurs reprises la question « du rôle de la loi pour promouvoir et protéger les droits dans le domaine de la santé mentale », et on n'a pas obtenu de consensus au sujet de « l'inclusion de clauses à grands objectifs » ni sur la question de savoir « si les bonnes pratiques administratives devraient être spécifiées ou codifiées dans les lois ».

Les évaluations ultérieures de l'instrument australien (RAI) sont restées ambigües. On a des réserves au sujet de son efficacité comme instrument de mesure, au sujet de la législation comme telle « qui ne protège pas les usagers et les soignants contre les abus » et au sujet de l'accent insuffisant sur « l'application et le respect[16] » des objectifs législatifs, ce qui expose l'écart entre les dispositions législatives et la conformité administrative » (McSherry, 2005). Malgré la pertinence de ces critiques, les caractéristiques positives de l'approche RAI favorisent quand même son adoption au Canada.

Bien que l'exemple australien demeure le plus saillant pour étudier l'utilité du RAI dans l'avancement de la correspondance entre droits humains et lois en matière de santé mentale, il importe de noter que d'autres instances ont récemment accepté cette technique de mesure. Le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe a établi un comité d'experts en 2005 pour élaborer un outil de référence en santé mentale axé sur « le domaine des droits de l'homme en ce qui concerne la santé mentale, sur la prévention de la stigmatisation et de la discrimination, et [sur la] mise en valeur de la prévention de la maladie et la promotion de

la santé ». Les ministres ont tenté de dresser « un inventaire analytique » qui présenterait le « contenu du « panier essentiel » en matière de droits de l'homme/du patient, de cohésion sociale et d'éthique dans des politiques nationales de la santé mentale ». Ce qui en émergerait serait « un modèle de référence » ou un « cadre éthique pour une politique de santé mentale orientée vers le patient » qui pourrait servir comme « outil de référence européen [17] ».

En 2009, le Conseil de l'Europe faisait des progrès remarquables pour atteindre son objectif en adoptant une recommandation à l'effet que les États utilisent une liste de contrôle « pour élaborer des outils de suivi qui leur permettent de savoir dans quelle mesure ils se conforment » à leur recommandation première, « afin de protéger les droits de l'homme et la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, et de leur garantir des soins adaptés [18] ». Bien que l'on doive reporter l'analyse approfondie du contenu et de la mise en œuvre de la liste du Conseil de l'Europe, plusieurs de ses caractéristiques s'appliquent au contexte législatif et politique canadien. Il y a, par exemple des références fréquentes au rôle essentiel des réformes législatives dans l'instauration d'objectifs plus globaux : l'« élaboration d'instruments juridiques » qui rendent la discrimination illégale ; des « mesures juridiques de protection des droits du groupe en question » ; « une législation pour protéger des abus les personnes vulnérables ou les personnes dont la capacité mentale fait défaut » et « une législation et des méthodes de suivi de qualité », que l'on dit « indispensables pour que les droits des personnes soient protégés ».

Le Canada devrait prendre les exemples australien et européen en considération, en tirant parti de leurs méthodes et de leurs leçons. Une évaluation franche de la véritable étendue de la protection et de l'avancement des droits humains assurés par les lois et les politiques en matière de santé mentale pourrait rassurer dans certains domaines et soulever une critique pénible dans d'autres. Il n'est pas trop idéaliste de croire que de telles techniques pourraient entraîner une réforme législative réellement progressiste qui va au delà de l'emphase actuelle mise sur le traitement involontaire et modifier fondamentalement le caractère des lois canadiennes. Nous examinons ci-dessous l'exemple de l'Écosse qui est perçu comme un exemple contemporain de pays qui a commencé à modifier ses fondements législatifs en fournissant des garanties positives qui renforcent l'égalité, puis a pris d'autres mesures cruciales, afin d'assurer l'obligation de rendre des comptes par l'entremise de mécanismes qui s'inspirent de l'approche RAI.

Innovations en Écosse : les obligations de la loi sur la santé mentale et l'indicateur de rétablissement écossais (*Scottish Recovery Indicator*, SRI)

La loi sur la santé mentale de l'Écosse (323 articles, 273 pages ; *Mental Health [Care and Treatment] [Scotland] Act*) adoptée en 2003 se distingue peu à première vue des autres lois en matière de santé mentale, étant donné son emphase sur certaines questions telles la détention et les ordonnances de traitements involontaires dans le contexte civil, jumelées à des dispositions permettant des ordonnances obligatoires à l'intention des « prisonniers atteints de troubles mentaux » dans le contexte criminel. Néanmoins, certaines dispositions s'appuient véritablement sur le modèle du handicap. La loi oblige le gouvernement à offrir (« une instance locale offrira… ») des « services qui fournissent des soins et du soutien » aux personnes qui ne sont pas hospitalisées (sous-alinéa 25[1][a][I]), destinés à « (a) réduire l'incidence des troubles mentaux sur ces personnes et (b) donner à ces personnes la possibilité de mener leur vie le plus normalement possible » (paragraphe 25[2]). Des obligations semblables sont imposées pour offrir des « services conçus pour promouvoir le bien-être et le développement social » (sous-alinéa 26[1][a][I]) des personnes atteintes de troubles mentaux, y compris des « activités sociales, culturelles et de loisirs », de la « formation » et de l'assistance « pour obtenir et entreprendre un emploi » (paragraphe 26[2]). Ces obligations légales de base ont profondément influencé (ou peut-être été influencées par) le développement de politiques et de services correspondants allant dans le sens de la promotion de l'égalité et de l'inclusion sociale. La vision d'une des déclarations clés, *Delivering for Mental Health* [19], engage le gouvernement à « traiter et prévenir la maladie » tout en faisant la promotion de la « santé mentale et du bien-être » avec un nouvel accent sur « les engagements à l'égard de l'égalité, de l'inclusion sociale, du rétablissement et des droits » :

> Les approches axées sur la population et sur l'inclusion sociale sont importantes pour réduire le nombre de personnes qui développent des maladies mentales et pour aborder les inégalités en santé mentale. Le gouvernement est déterminé à œuvrer pour la justice sociale et travaille à régler la pauvreté, la privation et les problèmes d'inclusion et d'exclusion dans l'ensemble de l'Écosse.

Il est assez habituel de constater un fossé important entre des engagements législatifs et politiques si vastes et l'expérience réelle des personnes qui y sont ciblées. Il y a des indices que l'Écosse prend des mesures qui visent à amenuiser ce gouffre. Le gouvernement écossais a, par exemple, accepté que les articles 25 à 31 de sa loi sur la santé

mentale (*Mental Health Act*) imposent « une obligation réglementaire claire aux instances locales de promouvoir le bien-être et le développement social des personnes qui vivent ou qui ont vécu des troubles mentaux [20] ».

En plus des obligations réglementaires précisées dans la loi, un élément crucial pour atteindre la vision progressiste du rapport *Delivering for Mental Health* a été le développement d'un « outil pour évaluer dans quelle mesure les organismes et les programmes répondent aux attentes pour ce qui est de l'égalité, de l'inclusion sociale, du rétablissement et des droits [21] ». Au delà d'autres aspects positifs de la législation et des politiques de l'Écosse, l'échelle de mesure qui en a découlé, le *Scottish Recovery Indicator* (SRI) [22], a été conçu dans le but de disposer « d'un instrument pour évaluer les pratiques à la lumière des valeurs escomptées » en tenant compte de facteurs tels que « l'expérience de la pauvreté et des inégalités économiques… associée à une santé mentale moins bonne », « l'expérience de la discrimination, des préjugés et de la stigmatisation fondée sur des aspects de l'identité sociale » et la « discrimination, les préjugés et la stigmatisation subis par des personnes ayant des troubles mentaux ». Dans la version définitive (2009) [23], sur une échelle de 1 (aucune ou très peu, respect de l'indicateur) à 5 (respect complet de l'indicateur), le SRI demande l'évaluation de dix-neuf normes qui appuient l'inclusion sociale. Bien qu'il soit encore tôt pour évaluer le succès du SRI, une étude pilote récente a favorablement démontré « dans quelle mesure le SRI permet aux praticiens et aux gestionnaires d'appliquer les facteurs qui renforcent l'égalité, l'inclusion sociale et le rétablissement des personnes pour soutenir des changements à l'échelle du système [24] ».

L'approche à plusieurs axes de l'Écosse inclut l'établissement « d'un ensemble national et viable d'indicateurs de santé mentale de base, afin d'appuyer le gouvernement dans sa volonté d'amélioration en santé mentale », « couvrant à la fois les problèmes de santé mentale et la promotion de la santé mentale » (Parkinson, 2007). Ces indicateurs qui mettent l'emphase sur le statut d'égalité et le Rapport sont complétés par un Plan d'action dans lequel le gouvernement s'engage non seulement à « assurer que les services appropriés sont en place, mais aussi à travailler par le biais des politiques sociales et des activités d'amélioration de la santé pour réduire le fardeau des problèmes de santé mentale et de la maladie mentale et promouvoir le bien-être mental [25] ». Le Plan d'action réaffirme la volonté du gouvernement de promouvoir « l'inclusion sociale des personnes qui ont vécu des troubles mentaux » en continuant « d'offrir un appui financier aux instances locales ».

Parmi les nombreuses leçons tirées de l'expérience écossaise, il faut mentionner la signification fondamentale de garantir législativement la prestation d'un grand éventail de services dans la communauté pour promouvoir « le bien-être et le développement social » (article 26). Pour remplir cette promesse, il est devenu essentiel de s'orienter vers des engagements « à respecter l'égalité, l'inclusion sociale, le rétablissement et les droits » et de concevoir des systèmes de prestation à la lumière d'instruments tels que le SRI et, ultimement, des indicateurs nationaux en matière de santé mentale. Alors que plusieurs aspects des dispositions relatives aux interventions du cadre législatif écossais ressemblent à la législation canadienne, l'ajout dans les lois d'obligations de promotion de l'égalité suscite des programmes parallèles au chapitre des politiques et des services. Un virage similaire depuis un accent législatif presque exclusif sur des mesures involontaires vers un modèle expansif qui renforce les droits, assorti de mesures telles celles du SRI et du sondage national sont sans doute à la portée des législateurs canadiens.

Une réorientation nécessaire

Quelles sont les institutions ou les intervenants qui peuvent aider le Canada à cheminer vers un nouveau paradigme plus vigoureux ? Clairement, aucune entité n'assume à elle seule la responsabilité d'un effort si important de réforme législative dont l'élan s'amplifie quand les notions de responsabilité partagée imprègnent le processus. Étant donné la diversité des organismes et des intervenants, le niveau d'adhésion réelle des intervenants à l'égard d'objectifs législatifs si novateurs sera en grande partie imprévisible. Nous rendons quand même compte brièvement de certains participants potentiels, sans ordre précis.

L'influence du milieu universitaire

Il y actuellement un groupe de chercheurs qui, bien qu'encore petit, étudie le domaine du droit et de l'incapacité mentale. Il est un peu difficile d'évaluer l'ampleur de l'apport potentiel de leurs recherches en matière de droit ou d'incapacité. Comme l'observait Brandwein (2001) dans un contexte semblable aux États-Unis, on comprend mal les lignes de démarcation entre les disciplines universitaires et le droit : « On aurait grand besoin d'études sur la nature et sur les conditions de la perméabilité entre les disciplines universitaires, les disciplines du droit et le droit constitutionnel » (Brandwein, 2001, 8). Cela étant dit, il se peut que « la montée fulgurante de l'intérêt pour ce domaine parmi les chercheurs des sciences sociales partout dans le monde » se répercute

dans les écoles de droit du Canada. De plus, les chercheurs orientés vers ce type de projet savant sont susceptibles d'adhérer à « une approche sociopolitique » : « Les études sur l'incapacité, comme celles axées sur l'ethnicité, les femmes, les gais et les lesbiennes se sont développées à partir d'une perspective d'engagement et de militantisme plutôt que d'une perspective détachée. »

Dans les écoles de droit au Canada, les cours axés sur l'incapacité sont de plus en plus nombreux. Étant donné ce nombre de cours et l'idéologie de plusieurs chercheurs en droit (et sur l'incapacité), le moment est peut-être plus propice à l'influence universitaire sur les politiques publiques.

Les organismes non gouvernementaux (ONG)

Plusieurs associations ont un long historique de lutte contre les réactions coercitives aux problèmes de santé mentale et préconisent des positions favorisant l'inclusion et l'égalité. L'intérêt public pour de telles questions « s'est manifesté au Canada au tournant du 20e siècle » engendrant « des organismes qui ont fait la promotion de la réforme des attitudes, des politiques, des pratiques et des établissements » (Fingard et Rutherford, 2008). Bien que plusieurs organismes aient été d'un apport important, mentionnons le travail exemplaire de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) [26].

> « … sa longue expérience, ses antécédents et ses réseaux sur le plan local, régional et national portent à croire qu'elle continuera de jouer un rôle clé en tant qu'éducatrice en matière de maladie mentale et de lobbyiste pour un meilleur financement des établissements et des programmes, et qu'elle continuera de se porter à la défense des droits des personnes ayant des troubles mentaux » (Barnes et al., 2002).

Ces associations assument plusieurs rôles essentiels : mobiliser le soutien à la base ; ancrer les lois et les politiques dans une perspective d'appropriation du pouvoir, de rétablissement et de participation sociale ; offrir certains services ; résister au paternalisme et à l'interventionnisme du modèle médical, et être le lieu par défaut du lobbying et de la revendication systémique.

La Commission de la santé mentale du Canada (CSMC)

La création en 2007 de la CSMC, qui devait agir sans lien de dépendance au gouvernement, a été accueillie avec enthousiasme à la fois par les prestataires conventionnels et les organismes de défense. La CSMC pourrait éventuellement promouvoir le modèle fondé sur les droits sociaux ou les droits des personnes handicapées et devenir un

mouvement unificateur en matière de santé mentale. Sa vision et sa stratégie à long terme s'articulent graduellement et son principal objectif « de contribuer à la mise en œuvre d'un système de soins de santé mentale intégré axé sur les personnes atteintes de maladie mentale » est largement compatible avec le modèle social, tout comme sa déclaration suivante : « Les personnes atteintes de maladie mentale ont le droit d'obtenir les services et le soutien dont elles ont besoin. Elles ont le droit d'être traitées avec la même dignité et le même respect que le respect et la dignité qui sont accordés aux personnes qui luttent contre toute forme de maladie [27]. »

Par contre, sa proximité et sa dépendance financière envers le gouvernement pourraient atténuer l'impact de la Commission. Il reste aussi à savoir si cette dernière est disposée à insister sur un modèle qui favorise l'égalité et l'inclusion sociale, particulièrement à cause des éléments conflictuels avec le paradigme médical auquel les lois sont si fermement rattachées. La Commission n'a pas encore explicitement prôné la dilution du caractère paternaliste et coercitif des lois canadiennes, ni préconisé que l'on s'en dissocie.

En tant que nouvel organisme, la Commission est en train d'élaborer ses standards de gouvernance et vient tout juste de publier son premier rapport annuel. On ne sait pas encore jusqu'à quel point elle sera disposée à confronter le gouvernement. La Commission soutient qu'elle « peut être un catalyseur du changement et de l'innovation ». Toutefois, sa stratégie semble circonscrite dans la mesure où elle est animée par le principe que « le document définitif (… de sa stratégie…) doit être un guide "pratique" qui aide les gouvernements ». La capacité de la Commission de reconnaître l'apport des organismes de défense des droits en santé mentale, tels que l'Association canadienne pour la santé mentale, pour aller de l'avant de manière collaborative, n'est pas toujours évidente, surtout que la Commission semble subir l'influence d'autres « organismes se consacrant à une maladie » (telle que le « cancer du sein, le diabète, les maladies du cœur et le SIDA ») et est à mettre sur pied son propre « vaste regroupement populaire ».

Au début de 2009, la Commission a publié un rapport préliminaire sur sa stratégie nationale intitulé *Vers le rétablissement et le bien-être* qui fait état de la vision de la Commission, une vision qui indique une certaine réceptivité à l'égard du paradigme social, mais son ancrage semble encore s'inscrire dans le modèle médical. Bien qu'il admette que l'on est conscient des « nombreux facteurs sociaux et économiques » et des effets pernicieux des « différences relatives au statut socioéconomique et au niveau d'instruction », le rapport n'est pas voué à un

objectif prépondérant de promotion de l'égalité et de l'inclusion sociale. De même, bien que l'on y fasse allusion au principe du « moins restrictif », la stratégie préliminaire n'a pas renforcé l'engagement de la Commission à l'endroit de cette norme fondamentale. La stratégie préliminaire (ni sa version finale) n'a pas mis de l'avant le potentiel de la loi pour promouvoir l'égalité, malgré son acquiescement que la « discrimination peut également être passive ou 'structurelle', ce qui signifie « qu'elle transparaît dans les politiques, les pratiques et les lois ». La stratégie préliminaire n'indique pas non plus une volonté de soutenir les droits positifs et des normes positives en matière de responsabilité. Bien que le rapport reconnaisse la discrimination inhérente aux « programmes de soutien du revenu » et « l'écart discriminatoire » dans le domaine du logement, la Commission ne « recommandera toutefois pas ni ne précisera un revenu annuel garanti pour tous les Canadiens » et elle « ne formulera pas de recommandations précises quant au manque de logement pour la population en général ».

Après une vaste consultation, la Commission a publié à l'automne 2009 une politique définitive substantiellement modifiée qui répond à certaines influences plus progressistes. Le cadre stratégique final accorde plus d'importance au principe de législation la moins restrictive : « Un des principes des politiques et des lois axés sur le rétablissement en santé mentale doit être de toujours recourir aux interventions les moins intrusives et les moins restrictives possible. » Plusieurs passages du rapport final mettent l'accent sur l'importance du contexte social pour comprendre les problèmes de santé mentale et pour concevoir des réponses appropriées, demandant que « l'on porte attention aux barrières structurelles liées au logement, au revenu, à l'éducation, à l'accès aux services et à d'autres facteurs » et critiquant les perspectives classiques « qui sont généralement axées sur les symptômes et les troubles individuels » tout en ignorant « ces contextes sociaux, politiques et historiques ». De plus, bien qu'il mette souvent l'accent sur la nécessité de changement des attitudes du public, le cadre stratégique en général, l'objectif 7 en particulier, révèle une prise de conscience accrue de la nécessité de confronter la discrimination et son incidence historique marginalisant : « Les personnes qui ont des problèmes de santé mentale sont des membres à part entière de la société canadienne. »

D'un autre côté, le cadre stratégique final écarte plusieurs des difficultés qui avaient émergé du rapport préliminaire. Il est rassurant dans le fait, tel que son sous-titre l'indique, d'autres étapes « aborderont les nombreuses questions particulières qui confrontent différentes

clientèles et divers segments de la population » étant donné que le cadre final tente de « définir la forme fondamentale que prendra un système transformé de soins en santé mentale ». Les réalisations normatives que l'on trouve dans le cadre stratégique pourront donc être complétées par des affirmations plus prononcées en faveur du modèle social ou du modèle fondé sur les droits. Mais, pour le moment, la Commission reste pratiquement muette en ce qui a trait à l'obligation d'éloigner les lois de leurs fondements coercitifs. Tout en reconnaissant « l'influence de facteurs psychologiques, psychosociaux et environnementaux », le cadre final hésite toujours à invoquer la notion de droits positifs. Il ne relève pas le potentiel de promotion de l'égalité de la Charte et il n'adopte pas non plus les politiques et les lois plus progressistes en vigueur ailleurs. Malheureusement, pour ce qui est du potentiel de transformation législative en faveur du modèle du handicap, le cadre stratégique n'insiste pas assez sur l'applicabilité et sur la signification de la *Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées*. Le cadre stratégique n'extrapole pas non plus à partir de sa reconnaissance que, en ce qui a trait aux handicaps physiques, « des cadres juridiques et politiques ont été mis en place pour non seulement protéger contre la discrimination, mais également pour favoriser la pleine inclusion dans la société canadienne ».

La CSMC est un chantier qui pourrait avoir une incidence salutaire sur les lois en matière de santé mentale au Canada. Plus tard, des étapes plus concrètes de la stratégie nationale pourraient remettre directement en question le passé de négligence, de marginalisation et de discrimination. La suite des travaux de la CSMC pourrait préconiser des droits positifs et des mesures de responsabilité inspirés par le modèle du handicap. En l'absence de telles avancées, l'évaluation de l'apport attendu de la CSMC en faveur de la réforme législative doit être contenue, bien qu'il y ait des indices qui justifient un optimisme constructif.

Comités de ministres et de fonctionnaires

Il convient de se demander si les comités des ministres et des fonctionnaires pourraient devenir des agents de changement au Canada. Toutefois, la réticence de telles entités à préconiser le changement pourrait s'amplifier, puisque le passage au modèle social supposerait une diminution ou un repositionnement du modèle médical dominant. Bien qu'il soit réaliste de reconnaître l'existence de ces tendances qui font contrepoids, les ministres et fonctionnaires pourraient quand même avoir un rôle à jouer dans la reconnaissance d'un consensus émergeant, voire dans son avancement.

Par exemple, lors d'une rencontre en 2005, les ministres ont « affirmé que le dossier des personnes handicapées constituera l'une des grandes priorités », réaffirmant « leur engagement à l'égard de l'objectif de l'entière inclusion des Canadiens et Canadiennes handicapés dans la société [28] ». Pour ce qui est du rôle des fonctionnaires, le Comité permanent des fonctionnaires chargés des droits de la personne a une responsabilité charnière en ce qui a trait à l'évaluation de la conformité des « lois, des politiques et des programmes » à la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Le Canada a déjà précisé que, bien que ce comité permanent « ne possède pas de pouvoir de décision ou d'exécution », il « facilite la promotion des obligations énoncées dans les traités », ce qui « peut avoir une influence sur les processus d'élaboration des programmes et des politiques ». Le Canada a aussi déclaré qu'il étudiait des moyens pour « promouvoir la sensibilisation du public et favoriser l'accès aux renseignements sur les droits de la personne [29] ». Dans un état fédéral complexe, les rencontres ministérielles ou les réunions de comités comme le Comité permanent des fonctionnaires chargés des droits de la personne pourraient être un important lieu de revendication dans toute tentative de modifier le cours des lois en matière de santé mentale.

La Conférence pour l'harmonisation des lois au Canada

Cet organisme pourrait bien être utile pour proposer une législation harmonisée en matière de santé mentale, du point de vue des droits des handicapés, car il avait conçu une *Loi uniforme sur la santé mentale* en 1987, bien que ce projet s'inspirait largement du modèle médical traditionnel. De manière réaliste, la Conférence seule ne peut pas influencer le teneur des lois, compte tenu que sa section civile chargée de la rédaction de la loi modèle prétend que, dans sa loi modèle, « elle n'exprime aucune opinion politique, mais qu'elle offre aux gouvernements intéressés comme méthode d'harmonisation éventuelle [30] ». En tant qu'organisme qui « rassemble des juristes d'état et des analystes de la politique, des membres du Barreau privé et les membres d'organismes de réforme du droit », il faudrait un certain consensus avant que la Conférence puisse être en mesure de concrétiser toute réforme importante. D'autre part, ce n'est pas comme si la Conférence n'avait jamais franchi le seuil de la création de politiques. Par exemple, dans un rapport récent intitulé *Les poursuites stratégiques contre la mobilisation publique — les poursuites-bâillons* (SLAPP) (et autres poursuites abusives) [31], elle a pris l'initiative dans un domaine controversé, encouragée par un certain « nombre de ressorts », pour prendre en considération « une véritable menace à la participation des citoyens et

des groupes au débat public », recommandant « que le nombre de membres du groupe de travail soit augmenté, entre autre pour y ajouter des avocats de la pratique privée ». La Conférence pourrait jouer un rôle constitutif limité dans la reformulation des lois canadiennes en matière de santé mentale.

Les associations professionnelles

Les organismes professionnels, par exemple ceux qui regroupent les membres de la profession juridique (Association du Barreau canadien)[32] et les médecins (Association médicale canadienne)[33], ont parfois décidé de leur propre gré de s'ingérer dans les politiques publiques, et, au besoin, de provoquer le gouvernement ou de le mettre au défi. Il n'est donc pas farfelu de croire que de tels organismes provinciaux et nationaux pourraient avoir un certain potentiel pour réorienter les lois canadiennes.

L'Association du Barreau canadien devra transcender ses tendances au « sanisme » et endosser pleinement ses obligations de préconiser l'égalité des droits des personnes ayant des troubles mentaux. Au chapitre des activités formelles du Barreau, les droits des personnes handicapées ne semblent pas figurer parmi ses principales préoccupations. De la même façon, les médecins seraient obligés d'accepter de réduire leur contrôle quasi exclusif sur l'image et sur l'administration des lois en santé mentale et ils auraient à se repositionner en tant qu'alliés d'une vaste lutte en faveur de l'inclusion et de l'équité. La réorientation complète de ces professions ne semble pas poindre à l'horizon dans l'immédiat, mais on peut imaginer qu'une lame de fond venant de l'opinion publique et des organismes non gouvernementaux pourrait susciter un engagement de revoir les ancrages actuels des lois canadiennes en matière de santé mentale.

Les médias

Bien que la couverture médiatique soit encore quotidiennement encombrée d'étiquettes et d'histoires de stigmatisation, il y a régulièrement des exemples d'analyses plus respectueuses et plus approfondies[34]. On doit percevoir les médias comme « des acteurs essentiels dans tout mouvement en faveur du changement, étant donné leur rôle important dans l'établissement des attitudes du public envers la maladie mentale » (Hocking, 2003). Une étude britannique a proposé que le récent « virage vers des politiques coercitives » est lié au fait que le gouvernement se plie « aux perceptions erronées, aux réactions et à l'intolérance du public », découlant en partie « de représentations populaires

trompeuses de la maladie mentale et des questions de santé mentale » (Cutliffe et Hannigan, 2001). Le défi d'attirer les médias vers un nouveau paradigme des lois en santé mentale et d'obtenir un appui populaire est considérable, mais, selon ces auteurs, « il y a des indications que certaines images positives sont rapportées », et on peut envisager des stratégies pour résister au plus bas dénominateur commun dans la diffusion des nouvelles et amener la couverture médiatique vers un modèle législatif social positif. Certains auteurs ont proposé « une brève formation sur les notions médicales, juridiques et politiques en matière de santé mentale » à l'intention des nouveaux journalistes (Smellie, 1999). Certains établissements d'enseignement se sont chargés de doter les journalistes de ressources, « afin de fournir des outils et de l'information… sur les moyens d'améliorer la couverture des questions relatives à la santé mentale », y compris « équilibrer la couverture médiatique » et « éliminer le langage et les stéréotypes stigmatisants [35] ».

Conclusion : le navire de l'État change-t-il de cap ?

Les lois canadiennes en matière en santé mentale ne sont pas encore en train de se réorienter vers le modèle social ou du handicap. Le navire de l'État est fermement ancré dans le paradigme médical et il y même des indices que l'emprise de ce modèle est en train de se raffermir. Ceux qui penchent vers la perspective médicale classique seront heureux de ce balancement du métaphorique pendule de la loi. Ceux qui souhaitent renverser les tendances passées de discrimination, de pauvreté et de violation des droits doivent se décourager par moments de voir combien il est facile de faire accepter l'intervention et la coercition.

On demande de plus en plus aux Canadiens de reconnaître l'omniprésence des problèmes de santé mentale et on les incite à reconnaître les méfaits de la stigmatisation et de la discrimination. La retombée avantageuse de cette normalisation des perturbations émotionnelles ou autres devrait être une pression accrue pour non seulement accepter le vécu de leurs concitoyens, mais aussi pour assurer que les personnes qui sont confrontées à de telles difficultés sont pleinement soutenues, sur une base non discriminatoire, dans leurs efforts de vivre dans la communauté comme citoyens à part entière. Le caractère intrusif des lois actuelles devrait être contenu en mettant plus d'emphase sur des options moins coercitives et en injectant un nouvel espoir dans les lois. La reconnaissance des dimensions des droits humains dans les lois pourrait supplanter la coercition et l'interventionnisme du statu quo et les remplacer par des garanties de services

qui soutiennent généreusement l'inclusion sociale, ne gardant les mesures involontaires que comme réel moyen de dernier recours.

Pour paraphraser Driedger (1989), il pourrait bien s'agir ici de la dernière grande lutte des droits civils et humains ; toutefois, si l'on accepte cette caractérisation du sort des personnes atteintes de troubles mentaux, la loi actuelle ne remplit pas son rôle de leadership. Il lui reste à agir pour recadrer cette question « pas simplement comme problème social, mais comme impératif des droits humains » (Gostin, 2004). L'examen du potentiel du modèle social ou modèle du handicap rend le virage législatif impérieux. De récentes lueurs d'espoir provenant d'autres domaines et d'autres pays portent à croire que le Canada peut s'éloigner de son passé de discrimination, de paternalisme et de coercition et naviguer vers des rives plus prometteuses.

Notes

1. Pour une mise à jour, consulter le site http://www.rhdcc-hrsdc.gc.ca/.

2. Office of the High Commissioner for Human Rights, "Dignity and Justice for Detainees Week (6-12 October 2008) Persons with Disabilities" : « http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/6OUDHR/detention_infonote_4.pdf >. voir aussi Manfred Nowak, "Interim report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment," U.N.G.A. A/63/175, July 28, 2008 ; International Disability Alliance's Forum for the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Geneva, September 15, 2008.

3. European Commission, *Mental Illness and Stigma in Europe*, Athens, 2003: < http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/ev_20060316_rd04_en.pdf >.

4. Council of the European Union, 2512th Council Meeting, Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs ; Support Project, European Commission, European Commission Green Paper : Improving the Mental Health of the Population. Towards a Strategy on Mental Health for the European Union ; Summary of Consultation Meetings.

5. WHO Europe "*Mental Health* : Facing the challenges, *building solutions ; Report from the WHO European Ministerial Conference*" (2005) (also referred to as the *Helsinki Declaration on Mental Health*).

6. Conseil de l'Europe. « Le Conseil de l'Europe en bref : nos objectifs », en ligne au http://www.coe.int/aboutCoe/index.asp?l=fr&page=nosObjectifs.

7. Conseil de l'Europe. Comité des Ministres, Recommandation R (10) « relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des

personnes atteintes de troubles mentaux » ; Conseil de l'Europe. Rapport de la commission des questions sociales, de la santé et de la famille, « Pour une meilleure réponse aux besoins de santé mentale en Europe », le 10 mai 2005 ; <http://assembly.coe.int/mainf.asp?Link=/documents/workingdocs/doc05/fdoc10544.htm> ; Conseil de l'Europe. Assemblée parlementaire, « Pour une meilleure réponse aux besoins de santé mentale en Europe », Réponse du Comité des Ministres, 21 janvier 2006 (doc. 10793).

8. OMS, *Rapport sur la santé dans le monde*, 2001 — *La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs* (Genève : OMS, 2001).

9. OMS, WHO Resource Book on Mental Health, *Human Rights and Legislation* (Geneva : WHO, 2005).

10. WHO, Mental Health Gap Action Programme, Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders (Geneva, 2008).

11. OMS, *Mental Health Legislation and Human Rights*.

12. WHO, MIND Project, *Mental Health Legislation and Human Rights ; Denied Citizens : Including the Excluded ; Promoting the Rights of People with Mental Disabilities* : <http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/1_PromotingHRof PWMD_Infosheet.pdf>.

13. WHO Europe, Mental health : facing the challenges, *building solutions* ; R*eport from the WHO European Ministerial Conference* (Copenhagen : WHO, 2005) at 112. Voir aussi la Déclaration d'Helsinki http://www.euro.who.int/document/MNH/edoc06.pdf.

14. WHO, *Mental Health, Human Rights and Legislation : A Global Human Rights Emergency in Mental Health*, http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/en/

15. Gouvernement de l'Australie, Attorney-General's Department, *Report on A Rights Analysis Instrument for Use in Evaluating Mental Health Legislation* (Canberra, 1996), http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/mental-pubs-r-rights.

16. Not for Service ; Experiences of Injustice and Despair in Mental Health Care in Australia, (Canberra : Mental Health Council of Australia, 2005).

17. Conseil de l'Europe. Comité des Ministres, 959th meeting, 22 March 2006, Appendix 3 (Item 6.1)

18. Conseil de l'Europe, Recommandation CM/Rec (2009) May 20, 2009 ; annexe inclut le *checklist*.

19. Scottish Executive, *Delivering for Mental Health* (Edinburgh, 2006).

20. The Scottish Government, With Inclusion in Mind ; the local authority's role in promoting wellbeing and social development ; Mental Health (Care and Treatment) (Scotland) Act 2003, Sections 25-3 (Edinburgh 2007) iv.

21. Scottish Executive, *Delivering for Mental Health* (Edinburgh, December, 2006), 1.

22. Scottish Recovery Network, *Scottish Recovery Indicator* (SRI), Draft Version, (Glasgow, April 18, 2007).

23. Scottish Recovery Network, *Scottish Recovery Indicator* : www.scottishrecoveryindicator.net.

24. Scottish Government Social Research, "Conclusions and Recommendations" in *Evaluation of the Scottish Recovery Indicator Pilot in Five Health Board Areas in Scotland* (Edinburgh, October, 2008), at 1.

25. Scottish Government, *Towards a Mentally Flourishing Scotland : Policy and Action Plan 2009-2011* (Edinburgh, 2009) at 5.

26. <http://www.camimh.ca/>.

27. <mentalhealthcommission.ca>

28. Réunion fédérale-provinciale-territoriale des ministres responsables des services sociaux, communiqué de presse, *Enjeux sociaux : les ministres responsables se réunissent à des fins de collaboration*, le 20 octobre 2005. Consulter www.scics.gc.ca.

29. <http://patrimoinecanadien.gc.ca>

30. La Conférence pour l'harmonisation des lois au Canada, Ce que nous faisons, www.ulcc.ca.

31. Uniform Law Conference of Canada, Civil Section, Strategic Lawsuits against Public Participation (SLAPP) (and other abusive lawsuits) (Quebec City, 2008).

32. The Canadian Bar Association, Submissions to Government 2008, "Repatriation of Omar Khadr : Declaration to Party Leaders", September 2008.

33. For example, the Canadian Medical Association (C.M.A.) has been at odds with the Government of Canada's rejection of "harm-reduction programs in the new national drug strategy", reviewing the stance as a dismissal of "growing scientific evidence of the positive role harm-reduction programs can play." See Dr. Brian Day, C.M.A. President, Editorial, The Toronto Star, Sunday, 8 June 2008, Page A15.

34. < globeandmail.com/breakdown >

35. Schools of Social Work, University of Washington, Mental Health Reporting, online : < depts. washington. edu/mhreport/ >.

Références

BARNES, C., OLIVER, M., BARTON, L., 2002, *Disability Studies Today*, Polity, Cambridge.

BRANDWEIN, P., 2001, The Americans with Disabilities Act : Constitutional doctrine as paring tool : the struggle for 'relevant' evidence in University of Alabama v. Garrett, *University of Michigan Journal of Law Reform*, 35, 37.

CANADIAN ALLIANCE FOR MENTAL ILLNESS AND MENTAL HEALTH (CAMIMH), *Framework for Action on Mental Illness and Mental Health*, http:// www.camimh.ca/

CANADIAN BAR ASSOCIATION, 2008, *Repatriation of Omar Khadr : Declaration to Party Leaders*, Submissions to Government, http://www.cba.org/CBA/ submissions/2008eng/08_56.aspx

CANADIAN HERITAGE, 2005, Additional Information in Response to Supplemental Questions of the Human Rights Committee on the occasion of its review of Canada's Fifth Report on the International Covenant on Civil and Political Rights : October 17 and 18, 2005, http:// patrimoinecanadien.gc.ca/pgm/pdp-hrp/docs/responses-responses/info-eng.cfm

C.M.H.A., *A Framework for Support, 3rd Ed.*, http://www.cmha.ca/data/1rec_ docs/153_Framework3rdED_Eng.pdf

CANADIAN INTERGOVERNMENTAL CONFERENCE SECRETARIAT, http://www.scics.gc.ca/cinfo05/830864004_e.html

COUNCIL OF EUROPE, 2009, Recommendation CM/Rec (2009) 3, of the Committee of Ministers to member states on monitoring the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder.

COUNCIL OF EUROPE, Committee of Ministers, 2006, 959th meeting, Appendix 3 (Item 6.1).

COUNCIL OF EUROPE, Committee of Ministers, Recommendation R (10), Preamble.

COUNCIL OF EUROPE, The Council of Europe in brief : Our objectives, http://www.coe.int/aboutcoe/index.asp?page-nosObjectifs&=en

COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION, 2003, *Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs*, 2512th Council Meeting, Luxembourg.

COUNCIL OF EUROPE, P.A., 2006, *Improving the Response to Mental Health Needs in Europe ; Reply from the Committee of Ministers* (Doc. 10793).

COUNCIL OF EUROPE, Social, Health and Family Affairs Committee P.A., 2005, Improving the response to mental health needs in Europe ; Report, (Doc. 10544). http://assembly.coe.int//main.asp?link=http://assembly.coe.int/documents/WorkingDocs/doc05/EDOC10544.htm

CUTLIFFE, J. R., HANNIGAN, B., 2001, Mass media, 'monsters' and mental health clients : the need for increased lobbying, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 315.

DAY, B., 2008, Editorial, *Toronto Star*, Page A15.

DHIR, A. A., 2008, Relationships of Force : Reflections on Law, Psychiatry and Human Rights, *Windsor Review of Legal and Social Issues*, 25, 103.

DRIEDGER, D., 1989, *The Last Civil Rights Movement*, Herst and Co., London.

EUROPEAN COMMISSION, 2003, *Mental Illness and Stigma in Europe*, Athens, http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/ev_20060316_rd04_en.pdf

EUROPEAN COMMISSION SUPPORT PROJECT, *European Commission Green Paper : Improving the Mental Health of the Population. Towards a Strategy on Mental Health for the European Union, Summary of Consultation Meetings*.

FEDERAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL MEETING OF MINISTERS RESPONSIBLE FOR SOCIAL SERVICES, 2005, *News Release, Ministers Meet to Discuss Collaborative Work on Social Issues*.

FINGARD, J., RUTHERFORD, J., 2008, *Protect Befriend Respect ; Nova Scotia's Mental Health Movement 1908-2008*, Fernwood, Halifax.

FRIEDLI, L., 2009, *Mental Health, Resilience and Inequalities*, WHO Europe, Copenhagen.

GLOBE AND MAIL SPECIAL REPORT, "Breakdown ; Canada's Mental Health Crisis", *Globe and Mail*, http://v1.theglobeandmail.com/breakdown/

GOSTIN, L. O., 2004, International Human Rights Law and Mental Disability, *Hastings Center Report* (March — April) 11.

GOVERNMENT OF AUSTRALIA, Human Rights Branch, Attorney-General's Department, Canberra, 1996, *Report on A Rights Analysis Instrument for*

Use in Evaluating Mental Health Legislation http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/mental-pubs-r-rights

HARDING, T. W., 2000, Human rights in the field of mental health : a critical review, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 399, 24.

HENDRIKS, A., 2007, UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, *European Journal of Health Law*, 14, 273.

HOCKING, B., 2003, Reducing mental illness stigma and discrimination — everybody's business, *Medical Journal of Australia*, 178, 547-548.

HUMAN RESOURCES AND SKILLS DEVELOPMENT CANADA, 2009, *Consultation on the Ratification of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, Press Release, http://www.15.rhdcc-hrsdc.gc.ca

INTERNATIONAL DISABILITY ALLIANCE'S FORUM FOR THE CONVENTION ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES, 2008, *Introduction in IDA CRPD Forum Principles for the Implementation of CRPD Article 12*, Geneva.

KÄMPH, A., 2008, The Disabilities Convention and its Consequences for Mental Health Laws in Australia, in McSherry, B., ed., *International Trends in Mental Health Laws, Law in Context*, 26, 10-36., NSW, The Federation Press, Annandale.

MENTAL HEALTH COUNCIL OF AUSTRALIA, 2005, *Not for Service ; Experiences of Injustice and Despair in Mental Health Care in Australia*, Canberra.

MENTAL HEALTH COMMISSION OF CANADA, 2009, *Out of the Shadows Forever ; Annual Report 2008-2009* http://www.mentalhealthcommission.ca/english/pages/default.aspx

MCSHERRY, B., 2008, Protecting the Integrity of the Person : Developing Limitations on Involuntary Treatment, in McSherry, B., ed., *International Trends in Mental Health Laws*, NSW, The Federation Press, Annandale.

MCSHERRY, B., 2005, *Human Rights and Mental Health : The Gap Between Legislating and Implementing Human Rights*, Monash University, Castan Centre for Human Rights.

NOWAK, M., 2008, *Interim Report of the Special Rapporteur on Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*, U.N.G.A. A/63/175.

OFFICE OF THE HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS, 2008, *Dignity and Justice for Detainees Week* (6-12 October 2008) ; Persons with Disabilities, http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/6OUDHR/detention_infonote_4.pdf

OFFICE OF THE HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS, 2007, *Expert Seminar on Freedom from Torture and Ill Treatment and Persons with Disabilities : Report*, Geneva.

PARKINSON, J., 2007, *Establishing a Core set of National Sustainable Mental Health Indicators in Scotland : Final Report*, Health, Scotland.

SCOTTISH EXECUTIVE, 2006, *Delivering for Mental Health*, Edinburgh.

SCOTTISH GOVERNMENT, 2009, *Towards a Mentally Flourishing Scotland : Policy and Action Plan 2009-2011*, Edinburgh.

SCOTTISH GOVERNMENT, SOCIAL RESEARCH, 2008, Conclusions and Recommendations in *Evaluation of the Scottish Recovery Indicator Pilot in Five Health Board Areas in Scotland*, Edinburgh.

SCOTTISH GOVERNMENT, 2007, *With Inclusion in Mind ; the Local Authority's role in Promoting Wellbeing and Social Development ; Mental Health (Care and Treatment) (Scotland) Act 2003 Sections 25-31*, Edinburgh.

SCOTTISH RECOVERY NETWORK, 2009, *Scottish Recovery Indicator*, Glasgow, www.scottishrecoveryindicator.net/

SCOTTISH RECOVERY NETWORK, 2007, *Scottish Recovery Indicator* (SRI), Draft Version, Glasgow.

SMELLIE, P., *Feeding Stereotypes : Crime Reporters Fall into Trap of Ignorance in Portraying Suspects, Researcher Finds*, The Bazelon Center for Mental Health Law, Newsroom Archive.

UNIFORM LAW CONFERENCE OF CANADA, Civil Section, 2008, *Strategic Lawsuits against Public Participation (SLAPPs) (and other abusive lawsuits)*, Quebec City.

UNIFORM LAW CONFERENCE OF CANADA, *What we do*, http://www.ulcc.ca/en/about/

UNIVERSITY OF WASHINGTON, Schools of Social Work, *Mental Health Reporting*, http://depts.washington.edu/mhreport/

WATCHIRS, H., 2000, Application of Rights Analysis Instrument to Australian Mental Health Legislation, *A Report to Australian Health Ministers' Advisory Council Mental Health Working Group*, Canberra.

WHO EUROPE, 2008, P*olicies and Practices for Mental Health in Europe — meeting the Challenges*, Copenhagen, http://www.euro.who.int/document/e91732.pdf

WHO EUROPE, 2005, *Mental Health : Facing the challenges, building solutions ; Report from the WHO European Ministerial Conference, (Helsinki Declaration on Mental Health)*, Copenhagen.

WHO European Ministerial Conference on Mental Health, 2005, *Mental Health Declaration for Europe ; Facing the Challenges, Building Solutions*, EUR/04/5047810/6 http://www.euro.who.int/document/MNH/edoc06.pdf

WHO, 2005, *WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation*, Geneva.

WHO, Mental Health Gap Action Program, 2008, *Scaling Up Care for Mental, Neurological, and Substance Use Disorders*, Geneva.

WHO, Mental Health, H*uman Rights and Legislation : A Global Human Rights Emergency in Mental Health*, http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/en/

WHO, 2003, *Mental Health Legislation and Human Rights*, Geneva.

WHO, MIND Project, Mental Health Legislation and Human Rights, *Denied Citizens : Including the Excluded ; Promoting the Rights of People with Mental Disabilities*, http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/1_PromotingHRof PWMD_Infosheet. pdf

WHO, World Health Report, 2001, *Mental Health : New Understanding*, New Hope, Geneva.

WNUSP, 1991, *Position Paper on Principles for the Protection of Persons with Mental Illness,* Resolution 46/119.

ABSTRACT

Canadian mental health law: Accelerating the redirection of the Ship of State

In this article, some hopeful outlooks on the evolution of the law are identified and ways of assessing the state and progress of legislation are advanced, drawing from international organizations and some inspiring efforts in other countries. Potential contributors to the evolution of Canadian mental health law are surveyed. The author concludes that there are coherent ways of changing tack, although in this fraught legislative field, no one can make confident predictions about the future.

RESUMEN

Leyes en materia de salud mental en Canadá: acelerar la reorientación del navío del Estado

En este artículo, el autor cataloga ciertas perspectivas prometedoras de la evolución de las leyes en materia de salud mental y presenta

las formas de evaluar el estado y progreso de la legislación, inspirándose de los organismos internacionales y los esfuerzos concluyentes de otros países. Examina los factores que podrían contribuir a la evolución de estas leyes en Canadá y concluye que existen maneras coherentes de cambiar de dirección, aunque, en este campo legislativo complejo, nadie sabría formular una predicción fiable.

RESUMO

Leis em matéria de saúde mental no Canadá: acelerar a reorientação do navio do Estado

Neste artigo, o autor repertoria algumas perspectivas promissoras da evolução das leis em matéria de saúde mental e apresenta maneiras de avaliar o estado e o progresso da legislação, inspirando-se em organismos internacionais e em esforços de outros países. Ele examina fatores que poderiam contribuir para a evolução destas leis no Canadá e conclui que existem maneiras coerentes de mudar de direção, apesar de, nesta área legislativa limitada, ninguém poder formular uma previsão exata.