

Guide des politiques et des
services de santé mentale

LÉGISLATION TOUCHANT LA SANTÉ MENTALE ET LES DROITS DE L'HOMME

Toutes les personnes atteintes de troubles mentaux ont droit à un traitement et à des soins de bonne qualité dispensés par des services de soins de santé compétents. Elles doivent être protégées de toute forme de discrimination et de tout traitement inhumain



Organisation mondiale de la Santé

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Législation touchant la santé mentale et les droits de l'homme.

(Guide des politiques et des services de santé mentale)

1.Santé mentale 2.Droits du patient - législation

3.Personnes souffrant de trouble mental - législation

4.Politique sanitaire 5.Programme national santé - organisation et administration

5.Ligne directrice

I.Organisation mondiale de la Santé II.Serie.

ISBN 92 4 254595 3

(Classification NLM: WM 30)

Les informations techniques relatives à cette publication sont disponibles auprès
du Dr Michelle Funk

Equipe chargée de la politique de santé mentale et développement des services,
Département de Santé mentale et abus de substances psychoactives

Organisation mondiale de la Santé

CH-1211 Genève 27, Suisse

Tel. +41 22 791 3855/Fax +41 22 791 4160

Courriel: funkm@who.int

© Organisation mondiale de la Santé 2005

Uniquement disponible en version électronique

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 2476 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Remerciements

Le guide des politiques et des services pour la santé mentale a été préparé sous la direction du Dr Michelle Funk, Coordinatrice, politiques de santé mentale et développement des services, sous la supervision du Dr Benedetto Saraceno, Directeur, Département de la Santé mentale et abus de substances psychoactives, 'Organisation mondiale de la Santé.

L'Organisation mondiale de la Santé remercie le Dr Soumitra Pathare de la clinique Ruby Hall à Pune en Inde pour sa collaboration et le Dr Alberto Minoletti du Ministère de la Santé du Chili, qui a préparé le présent module.

Groupe chargé de l'édition et de la coordination technique :

Dr Michelle Funk, Organisation mondiale de la Santé, Siège (OMS/Siège), Mme Natalie Drew, (OMS/Siège), Dr JoAnne Epping-Jordan, (OMS/Siège), Professeur Alan J. Flisher, Université de Cape Town, Observatoire, République d'Afrique du Sud, Professeur Melvyn Freeman, Département de la Santé, Pretoria, Afrique du Sud, Dr Howard Goldman, Association Nationale des Directeurs de programmes de santé mentale, Institut de recherche et École de médecine de l'Université du Maryland, USA, Dr Itzhak Levav, Services de santé mentale, Ministère de la Santé, Jérusalem, Israël, et Dr Benedetto Saraceno, (OMS/Siège). Le Dr Crick Lund de Université de Cape Town, Observatoire, République d'Afrique du Sud, a finalisé l'édition technique du présent module.

Assistance technique :

Dr José Bertolote, Organisation mondiale de la Santé, Siège (OMS/Siège) Dr Thomas Bornemann (OMS/Siège), Dr José Miguel Caldas de Almeida, Bureau régional de l'OMS pour les Amériques (AMRO), Dr Vijay Chandra, Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est (SEARO), Dr Custodia Mandlhate, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (AFRO), Dr Claudio Miranda (AMRO), Dr Ahmed Mohit, Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale (EMRO), Dr Wolfgang Rutz, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (EURO), Dr Erica Wheeler (OMS/Siège), Dr Derek Yach (OMS/Siège), et le personnel du Groupe de l'OMS chargé des bases factuelles et informations relatives aux politiques (OMS/Siège).

Soutien administratif et de secrétariat :

Mme Adeline Loo (OMS/Siège), Mme Anne Yamada (OMS/Siège) et Mme Razia Yaseen (OMS/Siège).

L'OMS exprime également sa reconnaissance à l'endroit des personnes suivantes dont les avis autorisés et la contribution technique ont permis de préparer le présent module :

Dr Adel Hamid Afana Directeur, Département de la formation et de l'éducation du Programme de santé mentale de la Communauté de Gaza

Dr Bassam Al Ashhab Ministère de la Santé, Autorité de la Palestine, Cisjordanie

Mme Ella Amir Ami Québec, Canada

Dr Julio Arboleda-Florez Département de psychiatrie, Queen's University, Kingston, Ontario, Canada

Mme Jeannine Auger Ministère de la Santé et des services sociaux, Québec, Canada

Dr Florence Baingana Banque mondiale, Washington DC, USA

Mme Louise Blanchette Programme de certificat en santé mentale de l'Université de Montréal, Montréal, Canada

Dr Susan Blyth Université de Cape Town, Cape Town, Afrique du Sud

Mme Nancy Breitenbach Inclusion International, Ferney-Voltaire, France

Dr Anh Thu Bui Ministère de la Santé, Koror, République des Palaos

Dr Sylvia Caras People Who Organization, Santa Cruz, Californie, USA

Dr Claudina Cayetano Ministère de la Santé, Belmopan, Belize

Dr Chueh Chang Taipei, Taiwan

Professeur Yan Fang Chen Centre de santé mentale de Shandong, Jinan, République populaire de Chine

Dr Chantharavdy Choulamany Hôpital général de Mahosot, Vientiane, République démocratique populaire lao.

Dr Ellen Corin Centre hospitalier de recherche de Douglas, Québec, Canada

Dr Jim Crowe Président, World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders, Dunedin, Nouvelle Zélande

Dr Araba Sefa Dedeh École de médecine de l'Université du Ghana, Accra, Ghana

Dr Nimesh Desai Professeur de psychiatrie et Directeur médical, Institut du comportement humain et des sciences connexes, Inde

Dr M. Parameshvara Deva Département de psychiatrie, Perak Collège de Médecine, Ipoh, Perak, Malaysia

Professeur Saida Douki Président, Société Tunisienne de Psychiatrie, Tunis, Tunisie

Professeur Ahmed Abou El-Azayem ancien Président, Fédération mondiale pour la santé mentale, Le Caire, Égypte

Dr Abra Fransch WONCA, Harare, Zimbabwe

Dr Gregory Fricchione Carter Center, Atlanta, USA

Dr Michael Friedman Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, USA

Mme Diane Froggatt Directeur exécutif, World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders, Toronto, Ontario, Canada

M. Gary Furlong Centre local de santé communautaire, Montréal, Canada

Dr Vijay Ganju National Association of State Mental Health Program Directors Research Institute, Alexandria, VA, USA

Mme Reine Gobeil Douglas Hospital, Quebec, Canada

Dr Nacanieli Goneyali Ministère de la Santé, Suva, Fiji

Dr Gaston Harnois Douglas Hospital Research Centre, Centre collaborateur de l'OMS, Quebec, Canada

M. Gary Haugland Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, USA

Dr Yanling He Consultant, Ministère de la Santé, Beijing, République populaire de CHINE

Professeur Helen Herrman Département de psychiatrie, Université de Melbourne, Australie

Mme Karen Hetherington Centre collaborateur OMS/PAHO, Canada

Professeur Frederick Hickling Section de psychiatrie, Université des Antilles, Kingston, Jamaïque

Dr Kim Hopper Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, USA

Dr Tae-Yeon Hwang Directeur, Département de réhabilitation psychiatrique et de psychiatrie communautaire, Yongin City, République de Corée

Dr A. Janca Université de l'Australie-Occidentale, Perth, Australie

Dr Dale L. Johnson World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders, Taos, NM, USA

Dr Kristine Jones Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, USA

Dr David Musau Kiima Directeur, Département de la santé mentale, Ministère de la Santé, Nairobi, Kenya

M. Todd Krieble Ministère de la Santé, Wellington, Nouvelle Zélande

M. John P. Kummer Equilibrium, Unteraegeri, Suisse

Professeur Lourdes Ladrido-Ignacio Département de psychiatrie et de médecine comportementale, Collège de médecine et hôpital général des Philippines, Manille, Philippines

Dr Pirkko Lahti Secrétaire général/Directeur général, Fédération mondiale pour la santé mentale, et Directeur exécutif, Association finlandaise pour la santé mentale, Helsinki, Finlande

M. Eero Lahtinen, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Helsinki, Finlande

Dr Eugene M. Laska Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, USA

Dr Eric Latimer Douglas Hospital Research Centre, Québec, Canada

Dr Ian Lockhart Université de Cape Town, Observatoire, République d’Afrique du Sud

Dr Marcelino López Recherche et évaluation, Fondation andalouse pour l’intégration des malades mentaux, Séville, Espagne

Mme Annabel Lyman Division de santé comportementale, Ministère de la Santé, Koror, République des Palaos

Dr Ma Hong Consultant, Ministère de la Santé, Beijing, République populaire de Chine

Dr George Mahy Université des Antilles, St Michael, Barbade

Dr Joseph Mbatia Ministère de la Santé, Dar-es-Salaam, Tanzanie

Dr Céline Mercier Douglas Hospital Research Centre, Québec, Canada

Dr Leen Meulenbergs Centre belge inter-universitaire de recherche–action, Facteurs sanitaires et psychologiques, Bruxelles, Belgique

Dr Harry I. Minas Centre international pour la santé mentale et pour la psychiatrie transculturelle, Hôpital St. Vincent, Fitzroy, Victoria, Australie

Dr Alberto Minoletti Ministère de la Santé, Santiago du Chili, Chili

Dr P. Mogne Ministère de la Santé, Mozambique

Dr Paul Morgan SANE, South Melbourne, Victoria, Australie

Dr Driss Moussaoui Université psychiatrique, Casablanca, Maroc

Dr Matt Muijen The Sainsbury Centre for Mental Health, London, Royaume-Uni

Dr Carmine Munizza Centro Studi e Ricerca in Psichiatria, Turin, Italy

Dr Shisram Narayan St Giles Hospital, Suva, Fidji

Dr Sheila Ndyanabangi Ministère de la Santé, Kampala, Ouganda

Dr Grayson Norquist Institut national pour la santé mentale, Bethesda, MD, USA

Dr Frank Njenga Président de l'Association des psychiatres du Kenya, Nairobi, Kenya

Dr Angela Ofori-Atta Unité de psychologie clinique, École de médecine de l'Université du Ghana Korle-Bu, Ghana

Professeur Mehdi Paes Arrazi University Psychiatric Hospital, Sale, Maroc

Dr Rampersad Parasram Ministère de la Santé, Port of Spain, Trinidad et Tobago

Dr Vikram Patel Sangath Centre, Goa, Inde

Dr Dixianne Penney Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, USA

Dr Yogan Pillay Equity Project, Pretoria, République d'Afrique du Sud

Dr M. Pohanka Ministère de la Santé, République Tchèque

Dr Laura L. Post Mariana Psychiatric Services, Saipan, USA

Dr Prema Ramachandran Commission de planification, New Delhi, Inde

Dr Helmut Remschmidt Département de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Marburg, Allemagne

Professeur Brian Robertson Département de psychiatrie, Université de Cape Town, République d'Afrique du Sud

Dr Julieta Rodriguez Rojas Integrar a la Adolescencia, Costa Rica

Dr Agnes E. Rupp Chief, Mental Health Economics Research Program, NIMH/NIH, USA

Dr Ayesha M. Sammour Ministère de la Santé, Autorité de la Palestine, Gaza

Dr Aive Sarjas Département du bien-être social, Tallinn, Estonie

Dr Radha Shankar AASHA (Hope), Chennai, Inde

Dr Carole Siegel Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, USA

Professeur Michele Tansella Département de médecine et de santé publique, Université of Verone, Italie

Mme Mrinali Thalgodapitiya Directeur exécutif, NEST, Hendala, Watala, Gampaha District, Sri Lanka

Dr Graham Thornicroft Director, PRISM, The Maudsley Institute of Psychiatry, Londres, Royaume-Uni

Dr Giuseppe Tibaldi Centro Studi e Ricerca in Psichiatria, Turin, Italie

Mme Clare Townsend Département de psychiatrie, Université de Queensland, Toowing Qld, Australia

Dr Gombodorjiin Tsetsegdary Ministère de la Santé et du bien-être social, Mongolie

Dr Bogdana Tudorache Président, Ligue roumaine pour la santé mentale, Bucharest, Roumanie

Mme Judy Turner-Crowson, ancienne Présidente, Association mondiale pour la réhabilitation psychologique, Comité de défense WAPR, Hamburg, Germany

Mme Pascale Van den Heede Santé mentale Europe, Brussels, Belgium

Mme Marianna Várfalvi-Bognarne Ministère de la Santé, Hongrie

Dr Uldis Veits Riga Municipal Health Commission, Riga, Latvia

M. Luc Vigneault Association des Groupes de Défense des Droits en Santé Mentale du Québec, Canada

Dr Liwei Wang Consultant, Ministère de la Santé, Beijing, République populaire de Chine

Dr Xiangdong Wang Acting Regional Adviser for Mental Health, WHO Regional Office for the Western Pacific, Manila, Philippines

Professeur Harvey Whiteford Department of Psychiatry, University of Queensland, Toowing Qld, Australie

Dr Ray G. Xerri Département de la Santé, Floriana, Malte

Dr Xie Bin Consultant, Ministère de la Santé, Beijing, République populaire de Chine

Dr Xin Yu Consultant, Ministère de la Santé, Beijing, République populaire de Chine

Professeur Shen Yucun Institut de santé mentale, Université médicale de Beijing, République populaire de Chine

Dr Taintor Zebulon President, WAPR, Département de psychiatrie, New York University Medical Center, New York, USA

L'OMS exprime également sa gratitude pour le généreux appui financier des gouvernements de l'Australie, de la Finlande, de l'Italie, des Pays-Bas, de la Nouvelle Zélande et de la Norvège, ainsi que de la Fondation Eli Lilly et Compagnie et de la Responsabilité sociale des entreprises Johnson et Johnson, Europe.

Sommaire

Préface	x
Résumé	2
Buts et audience cible	8
1. Introduction	9
1.1 Nécessité d'une législation sur la santé mentale	9
1.2 Approches de la législation sur la santé mentale	10
1.3 Interface entre la politique et la législation relatives à la santé mentale	11
2. Activités préliminaires à entreprendre par les pays qui souhaitent formuler une législation sur la santé mentale	14
2.1 Identification des principaux troubles mentaux dans le pays et obstacles à la mise en oeuvre des politiques et programmes	14
2.2 Cartographie de la législation sur la santé mentale	16
2.3 Étude des conventions et normes internationales	16
2.4 Étude de la législation sur la santé mentale dans d'autres pays	19
2.5 Consultation et négociation pour le changement	20
3. Composantes essentielles de la législation sur la santé mentale	22
3.1 Dispositions fondamentales de la législation sur la santé mentale	22
3.2 Dispositions fondamentales d'autres législations qui influent sur la santé mentale	29
4. La rédaction : questions et actions essentielles	34
5. Adoption de la législation : questions et actions essentielles	37
6. Mise en œuvre : obstacles et solutions	39
6.1 Les obstacles	39
6.2 Les stratégies visant à surmonter les difficultés de mise en oeuvre	40
7. Recommandations et conclusions	43
7.1 Recommandations aux pays qui n'ont pas de législation sur la santé mentale	43
7.2 Recommandations aux pays qui ont une législation restreinte sur la santé mentale	43
7.3 Recommandations aux pays ayant rédigé une la législation sur la santé mentale qui n'a pas été adoptée	44
7.4 Recommandations aux pays dotés d'une législation sur la santé mentale qui n'a pas été mise en œuvre correctement	44
8. Exemples de législation sur la santé mentale dans quelques pays	45
Définitions	49
Références	50

Préface

Ce document fait partie de la série de modules l'OMS intitulé *Guide des politiques et des services pour la santé mentale*, qui fournit des informations pratiques aux pays pour les aider à améliorer la santé mentale de leurs populations.

Quel est le but de ce guide ?

Ce guide a pour but d'aider les décideurs et les planificateurs à :

- élaborer des politiques et des stratégies globales pour améliorer la santé mentale des populations ;
- utiliser les ressources disponibles de manière à en tirer le meilleur profit possible ;
- fournir des services efficaces à ceux qui en ont besoin ;
- favoriser la réintégration des personnes atteintes de troubles mentaux dans tous les aspects de la vie communautaire, afin d'améliorer leur qualité de vie.

Que contient ce guide ?

Ce guide est constitué d'une série de modules interdépendants, faciles à utiliser et conçus pour répondre au grand nombre de priorités et de besoins relatifs à l'élaboration des politiques et à la planification des services. Le thème de chaque module représente un aspect essentiel de la santé mentale. Tout commence par le module intitulé « *La situation de la santé mentale* », qui expose à grands traits le contexte général de la santé mentale et résume le contenu de tous les modules. Ce module doit permettre aux lecteurs de comprendre le contexte général de la santé mentale et de choisir les modules qui leur seront particulièrement utiles dans leurs propres situations. « *La politique, les plans et programmes de santé mentale* » est un module central qui fournit des informations détaillées sur le processus d'élaboration de la politique et de sa mise en œuvre à l'aide de plans et programmes. Après avoir lu ce module, les pays peuvent décider de concentrer leur attention sur des aspects particuliers de la santé mentale traités dans les autres modules. L'ensemble du guide comprend les modules suivants :

- La situation de la santé mentale
- Politique, plans et programmes de santé mentale
- Financement de la santé mentale
- Législation touchant la santé mentale et les droits de l'homme
- Plaidoyer en faveur de la santé mentale
- Organisation des services de santé mentale
- Amélioration de la qualité de la santé mentale
- Planification et budgétisation pour la prestation des services de santé mentale

Les modules suivants ne sont pas encore disponibles mais seront inclus dans la version finale du guide :

- Amélioration de l'accessibilité et de l'utilisation des médicaments psychotropes
- Systèmes d'information sur la santé mentale
- Ressources humaines et formation pour la santé mentale
- Santé mentale de l'enfant et de l'adolescent
- Recherche et évaluation en matière de politique et services de santé mentale
- Politiques et programmes de santé mentale en milieu de travail.

A qui ce guide est-il destiné ?

Les modules intéresseront :

- les décideurs et planificateurs du domaine de la santé ;
- les départements gouvernementaux au niveau fédéral, étatique, régional et local ;
- les professionnels de la santé mentale ;
- les groupes représentant les personnes atteintes de troubles mentaux ;
- les représentants ou associations de familles et de soignants des personnes atteintes de troubles mentaux ;
- les organisations de défense des intérêts des personnes atteintes de troubles mentaux, ainsi que leurs familles et leurs proches;
- les organisations non gouvernementales s'impliquant ou s'intéressant à la prestation de services de santé mentale.

Comment utiliser les modules ?

- Ils peuvent être utilisés **individuellement ou globalement**. Ils comportent des renvois recoupés pour une utilisation plus facile. Les gouvernements peuvent étudier chacun des modules de manière systématique ou utiliser un module précis lorsque l'accent est mis sur un domaine particulier de la santé mentale. Par exemple, les gouvernements qui souhaitent aborder la législation sur la santé mentale pourront se servir du module intitulé « *Législation touchant la santé mentale et les droits de l'homme* ».
- Ils peuvent servir de **matériel de formation** aux décideurs et planificateurs du domaine de la santé mentale, ainsi qu'aux autres personnes impliquées dans l'organisation, la prestation et le financement des services de santé mentale. Ils peuvent être utilisés comme matériel didactique dans les universités et collèges. Les organisations professionnelles peuvent décider d'utiliser ce matériel comme aide à la formation de personnes travaillant dans le domaine de la santé mentale.
- Ils peuvent servir de **référence technique** à nombre d'organisations internationales et nationales fournissant un soutien aux pays qui souhaitent réformer leur politique et/ou services de santé mentale.
- Ils peuvent servir d'**outils de défense** aux usagers, aux familles et aux organisations de plaidoyer. Les modules contiennent des informations qui peuvent servir à éduquer le public et à sensibiliser les politiciens, les leaders d'opinion, les autres professionnels de la santé et le public en général, dans les domaines des troubles mentaux et des services de santé mentale.

Format des modules

Chaque module décrit clairement ses objectifs et l'audience cible pour laquelle il a été conçu. Les modules sont présentés en format échelonné afin d'aider les pays à utiliser et à mettre en œuvre les lignes directrices qui sont proposées. Les lignes directrices ne doivent pas être considérées comme des normes à interpréter de manière rigide ; les gouvernements sont encouragés à adapter le matériel à leurs propres besoins et situations. Des exemples pratiques sont donnés au fur et à mesure.

Il y a de nombreux renvois recoupés entre les modules. Les lecteurs d'un module peuvent avoir besoin de consulter un autre (comme indiqué dans le texte) s'ils souhaitent obtenir davantage de conseils.

Tous les modules doivent être lus à la lumière de la politique de l'OMS qui consiste à fournir l'essentiel des soins de santé mentale par le truchement des services généraux de santé et des cadres communautaires. La santé mentale est nécessairement un problème intersectoriel qui implique les secteurs de l'éducation, de l'emploi, du logement, des services sociaux et de la justice pénale. Il importe de consulter sérieusement les organisations de familles et d'utilisateurs ce qui concerne l'élaboration des politiques et la prestation de services.

Dr Michelle Funk

Dr Benedetto Saraceno

LEGISLATION TOUCHANT
LA SANTE MENTAL
ET LES DROITS DE L'HOMME

Contexte de la législation sur la santé mentale

Il faut une législation sur la santé mentale pour protéger les droits des personnes atteintes de troubles mentaux qui constituent un groupe vulnérable de la société. Elles sont confrontées à la stigmatisation, à la discrimination et à la marginalisation dans toutes les sociétés, ce qui accroît les risques de violation de leurs droits humains. Les troubles mentaux peuvent parfois affecter les capacités de prise de décision des gens au point qu'ils ne peuvent pas toujours chercher ou accepter les solutions à leurs problèmes. Les personnes atteintes de troubles mentaux constituent rarement un risque pour elles-mêmes ou pour les autres à cause de leur inaptitude à prendre des décisions. Le risque de violence ou de dommage lié aux troubles mentaux est relativement faible. Les idées fausses répandues à ce sujet ne devraient pas influencer la législation sur la santé mentale.

La législation sur la santé mentale peut offrir un cadre de référence pour résoudre des problèmes cruciaux tels que ceux de l'intégration communautaire des personnes atteintes de troubles mentaux, la prestation de services de bonne qualité, l'amélioration de l'accès aux soins, la protection des droits civiques, ainsi que la protection et la promotion des droits dans d'autres domaines critiques tels que le logement, l'éducation et l'emploi. La législation peut également jouer un rôle important dans la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux. La législation sur la santé mentale est donc plus qu'une législation sur les soins et le traitement dispensés dans les établissements de santé.

Vingt-cinq pour cent des pays comprenant presque 31% de la population mondiale n'ont pas de législation nationale sur la santé mentale, bien que dans les pays dotés d'un système fédéral de gouvernance il puisse y avoir des lois étatiques sur la santé mentale. La moitié des pays avec une législation sur la santé mentale, ont des lois nationales qui ont été promulguées après 1990. Dans 15% des pays la législation a été mise en vigueur avant 1960, c'est-à-dire, avant l'avènement des méthodes de traitements utilisées actuellement (Organisation mondiale de la Santé, 2001). L'existence d'une législation sur la santé mentale ne garantit pas nécessairement la protection des droits humains des personnes atteintes de troubles mentaux. Dans certains pays, la législation sur la santé mentale contient même des dispositions qui incitent à la violation des droits de l'homme.

La législation destinée à protéger les droits des personnes atteintes de troubles mentaux peut être consolidée ou dispersée. La plupart des pays disposent d'une législation consolidée sur la santé mentale dans laquelle toutes les questions pertinentes sont intégrées en un document législatif unique. L'avantage de cette législation est qu'elle est facile à adopter et à promulguer. Le processus de rédaction, d'adoption et de mise en œuvre d'une telle législation permet de sensibiliser le public et d'éduquer les décideurs et le public en général. Une autre solution consiste à insérer les dispositions relatives aux troubles mentaux dans une autre législation. Des dispositions législatives pour protéger les droits à l'emploi des personnes atteintes de troubles mentaux pourraient être insérées dans la législation relative à l'emploi. Cette approche peut accroître la possibilité d'appliquer des dispositions au profit des personnes atteintes de troubles mentaux car les dispositions font partie d'une législation qui concerne un plus grand nombre de personnes. Toutefois, une telle législation dispersée est difficile à promulguer puisqu'elle exige la modification

de nombreux documents législatifs. Il se peut également que des questions importantes n'y soient pas traitées.

Une approche combinée permettra probablement de faire face à la complexité des besoins des personnes atteintes de troubles mentaux ; cela signifie qu'une législation particulière sur la santé mentale peut être le complément d'une législation plus générale dans laquelle les questions de santé mentale sont abordées. La législation sur la santé mentale doit être considérée comme un processus et non comme un événement qui se produit juste une seule fois au cours de plusieurs décennies. Cela permet de l'amender à la lumière des progrès réalisés en matière de traitement des troubles psychiques et de développement des systèmes de prestation des services.

Toutefois, des amendements fréquents de la législation ne peuvent être effectués en raison des ressources financières et du temps requis, ainsi que de la nécessité de consulter tous les intervenants. Une solution éventuelle consiste à instaurer des règlements qui sont distincts de la législation mais sont appliqués grâce à elle. La législation peut inclure une disposition pour l'instauration de règlements et peut exposer les grandes lignes de la procédure pour les modifier. L'avantage le plus important des règlements est que ceux-ci n'obligent pas les législateurs à voter continuellement des amendements. Dans certains pays, des décrets exécutifs et des ordonnances de service sont utilisés à la place des règlements.

Il faut nécessairement une législation sur la santé mentale pour compléter et renforcer la politique de santé mentale et pour offrir un cadre juridique permettant de remplir ses objectifs. Cette législation peut protéger les droits humains, améliorer la qualité des services de santé mentale et promouvoir l'intégration des personnes atteintes de troubles mentaux dans les communautés. Ces objectifs font partie intégrante des politiques nationales de santé mentale.

Les activités qui précèdent la formulation d'une législation

Les pays qui ont décidé de rédiger et de promulguer une nouvelle législation sur la santé mentale doivent entreprendre certaines activités préliminaires qui éclaireront ce processus. Premièrement, il importe d'identifier les principaux problèmes de santé mentale et les obstacles à la mise en œuvre des politiques et plans de santé mentale. La tâche suivante consiste à étudier d'un oeil critique la législation existante afin d'identifier les lacunes et les difficultés auxquelles une nouvelle législation devra s'attaquer.

Une partie importante de ces activités préliminaires consiste à étudier les droits humains internationaux et les conventions et normes connexes. Les pays signataires de ces conventions doivent garantir le respect, la protection et le plein exercice des droits qui en font partie intégrante. Les normes internationales relatives aux droits de l'homme telles que les Principes et Garanties pour la protection des malades mentaux et l'amélioration des soins de santé mentale, les Normes d'égalisation des chances des handicapés, la Déclaration de Caracas, la Déclaration de Madrid et les autres normes, par exemple les normes de l'OMS intitulée Dix principes fondamentaux sur le droit relatif aux soins de santé mentale, peuvent éclairer le contenu d'une législation sur la santé mentale. Ces normes relatives aux droits de l'homme n'engagent pas juridiquement les pays, mais elles reflètent l'accord international relatif à la bonne pratique en matière de santé mentale.

L'une de ces activités préliminaires devrait consister à étudier d'un œil critique la législation sur la santé mentale existant dans d'autres pays, surtout ceux ayant des passés sociaux et culturels similaires. Cette étude donne une bonne idée des dispositions généralement incluses dans les législations des divers pays. Elle permet d'identifier les dispositions qui limitent ou violent les droits humains des personnes atteintes de troubles mentaux et qui, par conséquent, doivent être évitées dans la législation proposée. Cette étude doit également permettre d'identifier les insuffisances qui entravent la mise en œuvre de la législation sur la santé mentale.

L'étape finale des activités préliminaires consiste à engager tous les intervenants dans la consultation et la négociation sur les composantes éventuelles de la législation sur la santé mentale. La consultation et la négociation en vue du changement sont importantes non seulement dans la rédaction de la législation mais également dans la mise en œuvre de celle-ci lorsqu'elle a été adoptée.

Contenu de la législation sur la santé mentale

Les composantes essentielles de la législation sur la santé mentale sont présentées, ci-dessous. Elles ne sont ni exclusives ni exhaustives, mais elles représentent les questions les plus importantes qui doivent être abordées en matière de législation.

Dispositions fondamentales d'une législation sur la santé mentale

Le principe de la solution la moins restrictive exige que le traitement soit toujours administré aux personnes dans des milieux qui affectent le moins possible leur liberté personnelle et leur statut et privilèges dans la communauté, notamment leur aptitude à continuer de travailler, à se déplacer et à s'occuper de leurs affaires. En pratique, cela signifie qu'il faut promouvoir les traitements au sein de la communauté et ne recourir au milieu institutionnel que dans des circonstances rares. Au cas où le traitement institutionnel s'avère nécessaire, la législation doit encourager l'admission et le traitement volontaires et n'admettre l'admission et le traitement involontaires que dans des circonstances exceptionnelles. La mise en place des centres de traitement communautaires est un préalable à l'application de ce principe.

La législation doit garantir aux personnes atteintes de troubles mentaux le respect de la confidentialité en ce qui concerne toutes les informations obtenues en clinique. Les lois doivent explicitement empêcher la divulgation, l'examen ou la transmission des dossiers de santé mentale des malades sans leur consentement.

Le principe du consentement libre et éclairé au traitement doit être incorporé dans la législation. Le traitement sans consentement (traitement involontaire) ne peut être autorisé que dans des circonstances exceptionnelles (qui doivent être déterminées). La législation doit incorporer des mécanismes de procédure adéquats qui protègent les droits des personnes atteintes de troubles mentaux qui sont traitées de manière involontaire; elle ne doit autoriser les essais cliniques et de recherche que si les malades ont donné leur consentement libre et éclairé. Cela s'applique également aux malades admis involontairement dans les centres de santé mentale, ainsi qu'aux malades volontaires.

L'admission involontaire à l'hôpital doit être une exception et n'avoir lieu que dans des circonstances très particulières. La législation doit décrire ces circonstances exceptionnelles et indiquer les procédures à suivre pour l'admission involontaire. La législation doit accorder aux malades admis involontairement le droit de faire appel contre leur admission auprès d'une commission de révision.

Le traitement volontaire est tributaire du consentement éclairé. La législation doit veiller à ce que tous les traitements soient administrés sur la base d'un consentement libre et éclairé, sauf dans des circonstances rares. Le consentement ne peut être légal s'il est accompagné d'une menace, d'une menace implicite ou d'une obligation ou si des solutions autres que traitement envisagé n'ont pas été proposées.

La législation ne doit autoriser le traitement volontaire des malades admis volontairement dans des centres de santé mentale qu'après avoir obtenu leur consentement éclairé. Les malades involontaires doivent également être traités sur une base volontaire sauf dans certaines circonstances rares, par exemple, s'ils sont incapables de donner leur consentement et si le traitement est indispensable à l'amélioration de leur santé mentale et/ou à la prévention d'une détérioration considérable de leur santé mentale et/ou à la prévention de traumatismes ou de torts causés aux malades ou à d'autres personnes. La législation doit indiquer les procédures pour la protection des droits humains des personnes involontairement traitées et doit leur garantir la protection contre les torts et la mauvaise utilisation des pouvoirs indiqués plus haut. Parmi ces procédures figurent l'obtention de l'avis indépendant d'un deuxième médecin, l'obtention de la permission d'une autorité indépendante basée sur des recommandations professionnelles, la possibilité pour les malades d'exercer leur droit d'appel contre le traitement involontaire et l'utilisation d'un mécanisme de révision périodique.

Le traitement communautaire involontaire (surveillance au sein de la communauté) peut valablement remplacer l'admission dans les institutions, conformément au principe de la solution la moins restrictive. Une évaluation de l'efficacité de la surveillance au sein de la communauté est impossible car les bases factuelles et les connaissances dans ce domaine sont encore insuffisantes. Toutefois, dans les pays qui ont adopté la surveillance au sein de la communauté, il faut prendre des mesures adéquates pour protéger les droits humains des malades concernés, comme dans les autres milieux de traitement.

La législation doit prévoir la révision automatique de tous les cas d'admission et de traitement involontaires. Cela doit nécessiter une commission de révision indépendante ayant un statut juridique ou quasi-juridique lui permettant d'agir en tant qu'organe de réglementation. La législation doit préciser la composition, les pouvoirs et les devoirs de cet organe.

La législation doit prévoir la désignation de gardiens pour les personnes incapables de prendre des décisions et de gérer leurs propres affaires. Les procédures de prise de décisions relatives à la compétence, notamment l'organe approprié à la prise de ces décisions et les devoirs des gardiens, ainsi que les mécanismes de protection pour empêcher les gardiens d'abuser de leurs pouvoirs, doivent être précisés dans la législation.

Dispositions fondamentales d'autres législations qui influent sur la santé mentale

Les composantes de la législation concernant des secteurs autres que celui de la santé sont également importantes pour la prévention des troubles mentaux et pour la promotion de la santé mentale. Le logement est d'une importance capitale pour l'intégration des malades mentaux dans les communautés. La législation sur le logement doit protéger les droits des malades mentaux, par exemple, en empêchant la ségrégation géographique, en leur donnant la priorité dans les projets d'habitat de l'État et en mandatant les autorités locales pour offrir des facilités de logement.

Les enfants, les jeunes et les adultes ont droit à une éducation convenable en milieu convenable. Les pays doivent veiller à ce que l'éducation des personnes atteintes de troubles mentaux soit intégrée dans leurs systèmes d'éducation. Les programmes particuliers de santé mentale dans les écoles ont un rôle à jouer dans l'identification précoce des troubles affectifs ou de comportement chez les enfants et peuvent ainsi aider à éviter les incapacités attribuables aux troubles psychiques. Les programmes scolaires permettent également de sensibiliser sur les troubles affectifs et de comportement et de développer des compétences pour lutter contre l'adversité et le stress.

L'emploi est un domaine essentiel pour la promotion de l'intégration communautaire. La législation doit protéger les malades mentaux de la discrimination, de l'exploitation et du licenciement abusif pour raison de troubles mentaux. Il faut également une législation pour promouvoir la mise en place et le financement de programmes de réadaptation professionnelle, notamment le financement à des conditions favorables des programmes de promotion sociale.

Les prestations d'invalidité constituent un autre domaine où la législation peut aider à protéger et à promouvoir les droits des malades mentaux et à avancer la cause de l'intégration communautaire. La législation civile doit permettre aux malades mentaux d'exercer tous leurs droits civiques, politiques, économiques, sociaux et culturels, notamment les droits de voter, de se marier, d'avoir des enfants, d'être propriétaire, d'avoir la liberté de mouvement et le choix de résidence. Parmi les autres domaines d'action législative figurent l'amélioration de l'accès aux médicaments psychotropes et la prestation de services de santé mentale dans le cadre des soins de santé primaires.

La législation peut contenir des dispositions particulières pour la protection des droits des groupes vulnérables tels que les femmes, les enfants, les personnes âgées et les groupes ethniques indigènes. Elle peut prévoir des mesures pour renforcer les liens affectifs entre la mère et l'enfant en prévoyant le congé de maternité afin de faciliter le dépistage et la prévention rapides des mauvais traitements infligés aux enfants, de limiter l'accès à l'alcool et aux substances toxiques, et d'instituer des programmes de santé mentale dans les écoles.

Questions de procédure en matière de législation sur la santé mentale

La rédaction de la législation doit être confiée à un comité spécial dont la composition doit refléter une pluralité d'idéologies. Les membres du comité doivent contribuer efficacement à l'accomplissement de la tâche, sur la base de leurs compétences respectives. La participation des utilisateurs et des soignants est particulièrement importante mais souvent négligée. Le comité doit comprendre des représentants des ministères du gouvernement, des législateurs, des professionnels de la santé mentale, des représentants des utilisateurs, des soignants et des organisations de défense,

des spécialistes expérimentés dans le travail avec les femmes, les enfants, les personnes âgées et d'autres groupes vulnérables.

L'avant-projet de la législation proposée doit faire l'objet d'une consultation avec tous les principaux intervenants du domaine de la santé mentale. La consultation joue un rôle essentiel dans l'identification des points faibles de la législation proposée, des conflits potentiels avec la législation existante, des questions essentielles omises par inadvertance dans l'avant-projet de législation, ainsi que des difficultés de mise en œuvre éventuelles. La consultation permet également de sensibiliser sur les questions de santé mentale. Qui plus est, la consultation systématique peut influencer positivement sur la mise en œuvre de la législation.

Le processus d'adoption de la législation sera probablement l'étape qui prendra le plus de temps. La considération d'autres priorités, surtout dans les pays en développement, peut signifier que la législation sur la santé mentale est ignorée ou retardée dans les législatures. La mobilisation de l'opinion publique et une pression active sur les législateurs peuvent éventuellement favoriser la promotion et l'accélération du processus d'adoption d'une législation sur la santé mentale.

On peut prévoir les difficultés de mise en œuvre dès le stade de rédaction de la législation et prendre alors les mesures correctives. Dans beaucoup de pays, le peu d'attention accordée à la mise en œuvre a révélé que la pratique diffère de ce qui est énoncé dans la loi. Les difficultés de mise en œuvre peuvent survenir à cause de l'insuffisance des ressources financières et humaines, du manque de sensibilisation sur la législation touchant la santé mentale auprès des professionnels, des soignants, des familles et du public en général, ou à cause du manque de coordination des activités et, parfois, à cause des difficultés de procédure.

De toute évidence, il faut des fonds pour la mise en œuvre d'une nouvelle législation sur la santé mentale. Par exemple, il en faut pour le fonctionnement de la commission de révision, pour la formation des professionnels de la santé mentale à l'utilisation de la législation et pour les changements à opérer sur les services de santé mentale tels que requis par la législation. Une prévision budgétaire adéquate doit être allouée à ces activités. Puisque les budgets de la santé mentale font partie des budgets généraux de la santé dans beaucoup de pays, il importe de veiller à ce que les budgets alloués à la santé mentale ne soient utilisés qu'à cette fin et ne soient pas détournés pour résoudre d'autres problèmes de santé.

Une agence de coordination peut contribuer à la mise en œuvre des diverses sections de la législation en santé mentale conformément à un calendrier. Ce rôle peut être joué par le Ministère de la Santé avec l'appui d'une commission de révision et d'organisations de défenseurs. Au nombre des fonctions de l'agence de coordination figurent l'établissement des règles et procédures de mise en œuvre, la préparation d'instruments de documentation standardisés, ainsi que l'élaboration des procédures de formation et de certification à l'intention des professionnels de la santé mentale.

La mise en œuvre peut être facilitée par la large diffusion des dispositions de la nouvelle législation sur la santé mentale auprès des professionnels de la santé mentale, des utilisateurs, des soignants et de leurs familles, ainsi que des organisations de défense. Un programme soutenu d'éducation et de sensibilisation peut également jouer un rôle important dans la mise en œuvre.

Buts et audience cible

Le but de ce module consiste à :

- donner un aperçu du contexte de la législation sur la santé mentale et exposer à grands traits les domaines essentiels du contenu de cette législation ;
- décrire les étapes de la formulation et de la mise en œuvre de la législation sur la santé mentale ;
- servir d'outil de défense pour favoriser l'adoption et la mise en œuvre de la législation sur la santé mentale.

Ce module intéressera :

- les décideurs politiques, les législateurs, les planificateurs de la santé générale et les planificateurs de la santé mentale ;
- les groupes d'utilisateurs ;
- les représentants ou associations des familles et soignants des personnes atteintes de troubles mentaux ;
- les organisations de défense représentant les intérêts des personnes atteintes de troubles mentaux, ainsi que ceux de leurs connaissances et de leurs familles ;
- les groupes de défense des droits de l'homme travaillant avec et au nom des personnes atteintes de troubles mentaux ;
- les responsables des ministères de la santé, du bien-être social et de la justice.

1. Introduction

1.1 Nécessité d'une législation sur la santé mentale

La législation sur la santé mentale est essentielle en raison de la vulnérabilité exceptionnelle des personnes atteintes de troubles mentaux. Cette vulnérabilité existe pour deux raisons.

Premièrement, les troubles mentaux peuvent affecter la manière dont les gens réfléchissent et se comportent, leur aptitude à défendre leurs propres intérêts et, à de rares occasions, leurs aptitudes à prendre des décisions. Deuxièmement, les personnes atteintes de troubles mentaux sont confrontées à la stigmatisation, à la discrimination et à la marginalisation dans la plupart des sociétés. La stigmatisation augmente leur risque de ne pas bénéficier du traitement dont elles ont besoin ou celui de recevoir des services de qualité inférieure qui ne répondent pas à leurs besoins. La marginalisation et la discrimination augmentent également le risque de violation de leurs droits civiques, économiques, sociaux et culturels par les prestataires de services de santé mentale et par les autres.

Les personnes atteintes de troubles mentaux peuvent, à de rares occasions, constituer un risque pour elles-mêmes ou pour les autres en raison de leurs troubles de comportement et de leurs faibles capacités de prise de décision. Cela comporte des conséquences pour les gens qui entrent en contact avec elles, notamment les membres de la famille, les voisins, les collègues de travail et la société en général. Le risque de violence ou de tort lié aux troubles mentaux est relativement faible. Les idées fausses concernant le caractère dangereux de ces troubles ne devraient pas entraver les efforts pour instaurer une législation sur la santé mentale.

Les personnes atteintes de troubles mentaux subissent des conditions de vie très dures dans beaucoup de sociétés. Elles sont confrontées à la marginalisation économique, au moins en partie à cause de la discrimination et de l'absence de protection juridique contre les mauvais traitements abusifs. Il leur est souvent dénié le droit à l'éducation, à l'emploi et à la jouissance des services publics ou d'autres facilités. Il existe de nombreux cas où les lois n'établissent pas une discrimination active contre les personnes atteintes de troubles mentaux mais leur imposent des obstacles et des fardeaux indécents ou inutiles. Dans certains pays, les personnes atteintes de troubles mentaux sont soumises à la discrimination, c'est-à-dire, à la dénégaration arbitraire des droits reconnus à tous les autres citoyens.

La législation sur la santé mentale ne concerne donc pas uniquement les soins et le traitement, c'est-à-dire, qu'elle ne se limite pas à la prestation de services de santé dans des institutions. Elle offre un cadre juridique pour résoudre de sérieux problèmes de santé mentale tels que ceux de l'accès aux soins, de la fourniture de soins de haute qualité, de la réadaptation et de la poste-cure, de la pleine intégration des personnes atteintes de troubles mentaux dans les communautés, de la prévention des troubles mentaux et de la promotion de la santé mentale dans les différents secteurs de la société.

L'existence d'une législation nationale sur la santé mentale ne garantit pas nécessairement le respect et la protection des droits humains des malades mentaux. En effet, dans certains pays, les dispositions de la législation sur la santé mentale entraînent

Les personnes atteintes de troubles mentaux constituent un groupe vulnérable de la population.

Les personnes atteintes de troubles mentaux sont confrontées à la stigmatisation dans la plupart des sociétés.

Les personnes atteintes de troubles mentaux subissent la marginalisation économique et la discrimination.

La législation sur la santé mentale doit être globale.countries

25% des pays n'ont pas de législation sur la santé mentale.

la violation des droits humains de ces derniers. Il n'existe pas de législation sur la santé mentale dans 25% des pays qui comptent presque 31% de la population mondiale, bien que certains pays dotés d'un système fédéral de gouvernance puissent avoir des lois étatiques sur la santé mentale. En la matière, les variations sont grandes entre les diverses régions du monde. Ainsi, 91,7% des pays de la région européenne disposent d'une législation nationale sur la santé mentale, tandis que dans la région de la Méditerranée orientale seulement 57% disposent d'une telle législation. Dans 50% des pays, les lois dans ce domaine ont été promulguées après 1990, tandis que dans 15% des pays il existe une législation sur la santé mentale qui date d'avant les années 1960, époque où la plupart des méthodes actuelles de traitement n'existaient pas (Organisation mondiale de la Santé, 2001).

1.2 Approches de la législation sur la santé mentale

Il y a deux manières d'aborder la législation sur la santé mentale. Dans certains pays, il n'existe pas de législation distincte sur la santé mentale et les dispositions concernant les personnes atteintes de troubles mentaux sont insérées dans une législation appropriée concernant d'autres domaines. C'est ce que l'on appelle législation dispersée. Toutefois, la plupart des pays ont consolidé leur législation sur la santé mentale, dans laquelle tous les aspects relatifs aux personnes atteintes de troubles mentaux sont incorporés en un instrument unique.

Les deux approches présentent des avantages et des inconvénients. La législation consolidée est facile à promulguer et à adopter sans devoir apporter de nombreux amendements aux lois existantes. Le processus de rédaction, d'adoption et de mise en œuvre de la législation consolidée offre également de bonnes opportunités de sensibiliser le public sur les problèmes de droits humains, de stigmatisation et de discrimination. Toutefois, il a été avancé que la législation consolidée met l'accent sur la ségrégation des problèmes de santé mentale et des personnes atteintes de troubles mentaux. Elle peut éventuellement renforcer la stigmatisation et les préjugés contre les personnes atteintes de ces troubles.

La stratégie qui consiste à insérer des dispositions relatives aux troubles mentaux dans la législation appropriée a pour but de réduire la stigmatisation et de mettre l'accent sur l'intégration des personnes atteintes de troubles mentaux dans les communautés. Les dispositions législatives dispersées augmentent également la possibilité que les lois promulguées au profit des personnes atteintes de troubles mentaux soient mises en pratique parce qu'elles font partie d'une législation qui concerne une couche de population beaucoup plus large. L'expérience de beaucoup de pays montre que la pratique diffère parfois de ce qui est énoncé dans la loi concernant les questions de santé mentale. L'inconvénient majeur de la législation dispersée est la difficulté d'assurer la couverture de toutes les questions législatives importantes pour les personnes atteintes de troubles mentaux. En outre, il faut un temps législatif plus long pour procéder aux nombreux amendements des lois existantes.

Il n'est pas évident qu'une approche soit meilleure que l'autre. Une approche combinée peut très probablement permettre de répondre aux besoins complexes des personnes atteintes de troubles mentaux. Les questions de santé mentale doivent être incluses dans une autre législation et être complétées, de préférence, par une législation particulière sur la santé mentale.

La plupart des pays ont une législation consolidée.

La législation consolidée est facile à promulguer et à adopter.

La législation dispersée peut contribuer à réduire la stigmatisation et à mettre l'accent sur l'intégration communautaire.

Une approche combinée de la législation dispersée et consolidée est préférable.

<p>La législation sur la santé mentale ne doit pas être considérée comme un événement mais comme un processus continu qui évolue avec le temps. Cela signifie que la législation doit être étudiée, révisée et amendée à la lumière des progrès réalisés en matière de traitement des troubles mentaux et à celle des améliorations relatives à la mise en place et la prestation des services. Il est difficile de préciser la fréquence à laquelle la législation sur la santé mentale doit être amendée. Toutefois, une période de cinq à dix ans semble convenable, compte tenu de l'expérience des pays qui ont effectué des amendements dans ce domaine, par exemple, le Royaume-Uni. En réalité, il est difficile d'effectuer fréquemment des amendements à la législation en raison de la longueur du processus, des coûts et de la nécessité de consulter tous les intervenants.</p>	<p><i>La législation sur la santé mentale doit être considérée comme un processus plutôt que comme un événement.</i></p>
<p>Une solution consiste à prévoir l'introduction de règlements pour des actions particulières susceptibles de nécessiter constamment des modifications. Les règlements ne sont pas inscrits dans la législation, celle-ci indique tout simplement le processus de leur introduction et de leur révision. En Afrique du Sud, par exemple, la législation sur la santé mentale fait grand usage de règlements. Les règles d'accréditation des professionnels de la santé mentale ne sont pas inscrites dans la législation mais elles font partie des règlements. La législation spécifie qui doit élaborer les règlements et indique les grands principes sur lesquels les règlements sont basés. L'avantage d'utiliser les règlements de cette manière est que de fréquentes modifications peuvent être apportées aux règles d'accréditation sans avoir recours à un long processus d'amendement de la législation initiale. Les règlements prêtent donc une certaine souplesse à la législation sur la santé mentale. Les décrets exécutifs et les ordonnances de service sont utilisés à la place des règlements dans certains pays.</p>	<p><i>Les règlements peuvent être utilisés dans le cadre d'une législation.</i></p>
<p>1.3 Interface entre la politique et la législation relatives à la santé mentale</p>	<p><i>La législation offre un cadre juridique pour réaliser les objectifs de la politique de santé mentale.</i></p>
<p>La législation sur la santé mentale est essentielle pour compléter et renforcer la politique de santé mentale sans s'y substituer. Elle offre un cadre juridique qui permet de prendre en compte les problèmes cruciaux tels que ceux de l'accès aux soins de santé mentale, de la prestation de soins qui sont humains et de bonne qualité, de la réadaptation et de la post-cure, de la pleine intégration des personnes atteintes de troubles mentaux dans la communauté et de la promotion de la santé mentale dans les différents secteurs de la société.</p>	<p><i>La législation offre un cadre juridique pour réaliser les objectifs de la politique de santé mentale.</i></p>
<p>Au nombre des aspects essentiels de l'interface entre la politique et la législation figurent ceux qui suivent.</p>	
<p>1.3.1 Les droits de l'homme. Les droits de l'homme doivent être intégralement pris en compte dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques et programmes de santé mentale. Il s'agit, entre autres, des droits à l'égalité et à la non discrimination, à la dignité et au respect, à l'intimité et à l'autonomie personnelle, ainsi qu'à l'information et à la participation. La législation sur la santé mentale est un outil qui codifie et consolide ces valeurs et principes fondamentaux de la politique de santé mentale.</p>	<p><i>La législation codifie les valeurs et les principes des droits humains qui sont incorporés dans la politique de santé mentale.</i></p>
<p>1.3.2 L'intégration dans la communauté. Elle est importante dans presque tous les pays qui ont récemment élaboré ou révisé leurs politiques de santé mentale. La législation peut veiller à ce que l'admission involontaire soit limitée à des circonstances rares où des individus constituent une menace pour eux-mêmes et/ou pour d'autres personnes et où les solutions de type communautaire s'avèrent irréalisables. Elle peut</p>	<p><i>La législation codifie les valeurs et les principes des droits humains qui sont incorporés dans la politique de santé mentale.</i></p>

donc encourager la mise en place d'une série d'établissements et de services communautaires. La restriction de l'admission involontaire à une période limitée, habituellement des mois plutôt que des années, encourage également les soins et la réadaptation au sein de la communauté. La législation permet aux personnes atteintes de troubles mentaux, ainsi qu'à leurs familles et soignants, de jouer un rôle important dans les interactions avec les services de santé mentale, notamment en ce qui concerne l'admission dans les établissements de santé mentale. Par exemple, les gens peuvent faire appel au nom des membres de leurs familles et ils ont le droit d'être consultés sur la planification du traitement. La législation permet ainsi d'entretenir les réseaux et les liens sociaux indispensables à l'intégration dans la communauté. Il s'est avéré que ces liens affectent les résultats : une étude portant sur 226 malades dans un centre de soins de longue durée au Nigeria a révélé que l'arrêt des visites des membres de la grande famille a contribué à prolonger ou a pérenniser les séjours des malades (Jegade et al., 1985).

1.3.3 Les liens avec les autres secteurs. La législation peut empêcher la discrimination contre les personnes atteintes de troubles mentaux dans le domaine de l'emploi. Parmi les exemples figurent la protection contre le licenciement pour raison de troubles mentaux et les programmes de promotion sociale pour améliorer l'accès à l'emploi rémunéré. En ce qui concerne le logement, la législation peut améliorer l'accès en empêchant la ségrégation géographique des personnes atteintes de troubles mentaux et en donnant mandat aux autorités locales pour fournir des logements subventionnés aux personnes handicapées par ces troubles. La législation sur les pensions d'invalidité peut également promouvoir l'équité et la justice.

1.3.4 L'amélioration de la qualité des soins. Les dispositions législatives sur les conditions générales de vie et la protection contre le traitement inhumain et dégradant peuvent améliorer considérablement les établissements proprement dits de santé mentale. La législation peut fixer les normes minimales de traitement et de conditions de vie pour l'accréditation des établissements de santé mentale. Elle peut fixer les qualifications et compétences minimales pour l'accréditation des agents de santé mentale, et veiller ainsi à ce qu'un niveau minimal d'expertise soit accessible dans tout le pays concerné. Elle peut également fixer les normes minimales de recrutement du personnel pour l'accréditation des établissements de santé mentale et peut donc favoriser considérablement l'investissement dans le développement des ressources humaines.

La législation peut favoriser l'intégration des malades mentaux dans les communautés.

La législation peut contribuer à la réalisation des objectifs de la politique de santé mentale dans des domaines autres que ceux du secteur de la santé mentale.

La législation peut contribuer à améliorer la qualité des soins.

Points essentiels : Introduction

- Les personnes atteintes de troubles mentaux constituent un groupe vulnérable de la société.
- La législation sur la santé mentale est indispensable à la protection des droits des personnes atteintes de troubles mentaux.
- La législation sur la santé mentale ne traite pas uniquement des soins et du traitement. Elle offre un cadre juridique pour résoudre des problèmes cruciaux de santé mentale tels que ceux liés à l'accès aux soins, à la réadaptation et à la post-cure, à la pleine intégration des personnes atteintes de troubles mentaux dans la communauté, ainsi qu'à la promotion de la santé mentale dans les différents secteurs de la société.
- Il n'existe pas de législation nationale sur la santé mentale dans 25% des pays qui comptent presque 31% de la population mondiale.
- Les questions législatives relatives à la santé mentale peuvent être consolidées en un instrument unique ou dispersé dans divers documents. Une combinaison des deux approches

2. Activités préliminaires à entreprendre par les pays qui souhaitent formuler une législation sur la santé mentale

Avant d'entamer le processus de rédaction et d'adoption de la législation, il faut mener certaines activités qui peuvent éclairer les décisions concernant le contenu ; il s'agit, entre autres, des actions suivantes :

- (1) Identification des principaux troubles mentaux et des obstacles à la mise en œuvre des politiques et programmes dans le pays concerné ;
- (2) Identification (ou cartographie) des lois sur la santé mentale existantes ou des lois générales qui abordent les questions relatives à la santé mentale et recherche des aspects légaux qui manquent ou ont besoin d'être reformulés ;
- (3) Étude des conventions et normes internationales sur les droits de l'homme et la santé mentale et identification des obligations et des normes internationalement agréées dans le cadre d'instruments internationaux sur les droits de l'homme ratifiés par le pays ;
- (4) Étude des composantes de la législation sur la santé mentale dans d'autres pays, notamment les pays ayant un passé socioculturel similaire ;
- (5) Consultation et négociation pour le changement.

Dans la plupart des pays, les professionnels de la santé mentale au sein des Ministères de la Santé se chargeront de mener ces activités préliminaires.

2.1 Identification des principaux troubles mentaux dans le pays et obstacles à la mise en œuvre des politiques et programmes

La première étape consiste à collecter des informations fiables sur les troubles mentaux dans tout le pays et sur les variations entre les différentes régions et les différents groupes de population. Ces informations sont normalement collectées pendant l'élaboration des politiques et plans nationaux de santé mentale. Ainsi, grâce à ce processus, ces informations seront mises à la disposition de ceux qui s'occupent de la législation sur la santé mentale. (Voir Politique de santé mentale, Plans et programmes et Planification et budgétisation pour la prestation des services de santé mentale).

Il importe également de bien comprendre les obstacles à la mise en œuvre des politiques et programmes de santé mentale. La législation peut être utilisée pour surmonter ou briser certains de ces obstacles, notamment ceux relatifs à l'accès et à l'équité. Le premier encadré énumère certains des obstacles auxquels la législation devra s'attaquer, et indique les domaines prioritaires que celle-ci devra aborder.

Les professionnels des Ministères de la Santé devraient se charger de mener les activités préliminaires.

Encadré 1. Principaux obstacles à l'élaboration de politiques et programmes de santé mentale que la législation peut aider à surmonter

- Les services de santé mentale peuvent manquer dans certaines régions ou dans l'ensemble du pays.
- Le coût des soins de santé mentale peut être inaccessible à beaucoup de gens, et l'assurance maladie peut ne couvrir qu'une partie ou aucun des soins de psychiatrie.
- La qualité des soins et les conditions de vie dans les hôpitaux psychiatriques peuvent être médiocres au point d'entraîner des violations des droits de l'homme.
- Les règlements et contrôles concernant l'admission et le traitement involontaires sont habituellement inexistantes, et cela s'accompagne souvent d'une perte de liberté.
- La stigmatisation et la discrimination liées aux troubles mentaux influent négativement sur l'accès aux soins et sur l'intégration sociale des personnes atteintes de ces troubles.
- Les personnes atteintes de troubles mentaux peuvent se voir dénier leurs droits fondamentaux relatifs aux affaires civiles, à la participation sociale, à l'expression culturelle, à la participation aux élections, à la liberté d'opinion, au logement, à l'emploi, à l'éducation et à d'autres domaines.
- Certaines conditions sociales ou pratiques culturelles peuvent porter préjudice à la santé mentale de certains groupes de population.
- Les ressources peuvent manquer aux programmes de santé mentale dans les écoles et les lieux de travail.

2.2 Cartographie de la législation sur la santé mentale

La tâche suivante consiste à identifier la législation sur la santé mentale existante et les composantes des lois générales se rapportant aux personnes atteintes de troubles mentaux. Une étude systématique et critique de cette législation permettra d'identifier les lacunes et difficultés auxquelles la nouvelle législation devra s'attaquer. Cette étude peut également révéler que les documents législatifs existants ne comportent pas des dispositions adéquates pour assurer des soins de qualité satisfaisante qui protègent les droits des personnes atteintes de troubles mentaux. Parfois, on constatera que les pays ont des dispositions adéquates dans la législation existante mais qu'il existe un problème de mise en œuvre. Dans de tels cas, la nécessité de changer, de modifier ou d'amender la législation ou d'introduire une nouvelle législation peut être insignifiante. (voir Section 6.).

La tâche suivante consiste à étudier la législation existante afin d'identifier les domaines que la nouvelle législation doit aborder.

2.3 Étude des conventions et normes internationales

Les pays qui ont signé les conventions internationales sur les droits de l'homme doivent garantir le respect, la protection et le plein exercice des droits qui y sont intégrés. Parmi les plus importantes de ces conventions figurent la Charte internationale des droits de l'homme, qui comprend la Déclaration des Nations Unies sur les droits de l'homme, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Il importe donc d'étudier ces instruments de manière approfondie pendant la préparation de la législation sur la santé mentale. Il existe également des normes internationales agréées de bonne pratique qui n'ont pas force de loi. Il s'agit des Principes pour la protection des malades mentaux et pour l'amélioration des soins de santé mentale, des Normes d'égalisation des chances des handicapés, de la Déclaration de Caracas, de la Déclaration de Madrid et d'autres normes telles que celles de l'OMS intitulées *Dix principes fondamentaux sur le droit relatif aux soins de santé mentale*.

Plusieurs conventions et normes internationales doivent éclairer la législation des pays.

Certains pactes internationaux, bien qu'ils ne soient particulièrement conçus pour protéger les personnes atteintes de troubles mentaux, stipulent une protection obligatoire des droits de l'homme dans les pays signataires. Par exemple, l'article 7 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques stipule que tous les individus, y compris ceux atteints de troubles mentaux, doivent être protégés contre tout traitement ou peine cruels, inhumains ou dégradants, et ne doivent pas être soumis à une expérimentation médicale ou scientifique sans leur consentement éclairé. L'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels garantit à chacun, notamment aux personnes atteintes de troubles mentaux, le droit de jouir d'un niveau de santé physique et mentale le plus élevé possible.

Certains pactes internationaux stipulent une protection obligatoire des droits de l'homme.

La Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, endossée par la Cour européenne des droits de l'homme, stipule une protection plus obligatoire des droits humains des personnes atteintes de troubles mentaux résidant dans les pays qui l'ont ratifiée. La législation sur la santé mentale dans les pays européens doit prévoir des garanties contre l'admission involontaire des personnes atteintes de troubles mentaux sur la base des trois principes suivants fixés par la Cour européenne des droits de l'homme : a) le trouble mental doit être établi par une expertise médicale objective ; b) seuls la nature et le degré du trouble mental doivent justifier l'internement obligatoire ; c) la persistance du trouble mental doit être prouvée afin de justifier l'internement permanent (Wachenfield, 1992).

Il existe plusieurs pactes régionaux sur les droits de l'homme tels que ceux de l'Europe, des Amériques et de l'Afrique.

La législation sur la santé mentale dans les pays européens est également influencée par la Recommandation 1235 sur la psychiatrie et les droits de l'homme (1994) adoptée par l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, qui fixe les critères relatifs à l'admission involontaire des personnes atteintes de troubles mentaux, à la prise de décision concernant l'admission involontaire, à la qualité des soins et des traitements administrés aux personnes atteintes de troubles mentaux, et aux prohibitions visant à empêcher les abus en matière de soins et de pratiques psychiatriques.

Dans la région des Amériques, un ensemble d'instruments garantit la protection des droits humains de toutes les personnes, y compris celles atteintes de troubles mentaux. Parmi ces instruments figurent la Déclaration américaine sur les droits et devoirs de l'homme, la Convention américaine relative aux droits de l'homme, le Protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels, ainsi que la Convention inter-américaine relative à l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les personnes handicapées.

La Déclaration américaine sur les droits et devoirs de l'homme est un document non obligatoire qui couvre la protection des droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels. La Convention américaine relative aux droits de l'homme affirme catégoriquement que chaque personne a le droit à l'intégrité physique, mentale et morale, que personne ne doit être soumis à un traitement ou à une peine cruels, inhumains ou dégradants et que toutes les personnes privées de leur liberté doivent être traitées avec la dignité propre à la personne humaine.

Le Protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'homme a pour effet de mieux protéger les personnes atteintes de troubles mentaux, car il affirme qu'afin de garantir le plein exercice du droit à l'éducation, il faut créer des programmes spéciaux d'éducation pour dispenser une instruction et une formation spéciales aux handicapés physiques ou mentaux. Il déclare également que toutes les personnes affectées par une diminution de leurs capacités physiques ou mentales ont le droit de bénéficier d'une attention particulière leur permettant de développer au mieux leur personnalité, et que chacun a le droit à la sécurité sociale pour se protéger contre les conséquences de la vieillesse et de l'invalidité qui l'empêchent, physiquement ou mentalement, de se procurer les moyens d'une existence digne et décente.

La Convention inter-américaine relative à l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les personnes handicapées n'est pas encore entrée en vigueur. Elle a pour objectifs d'empêcher et d'éliminer toutes les formes de discrimination contre les handicapés mentaux ou physiques et de favoriser leur intégration totale dans la société. Elle est la première convention internationale qui traite spécifiquement des droits des personnes atteintes de troubles mentaux.

Un autre exemple de mécanisme régional de protection des droits de l'homme est la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (Banjul), un document ayant force de loi, supervisé par la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples. L'article 16 garantit le droit de jouir du niveau de santé physique et mentale le plus élevé possible. L'article 4 couvre le droit à la vie et à l'intégrité de la personne, et l'article 5 concerne le droit au respect de la dignité propre aux être humains et l'interdiction de toutes les formes d'exploitation et de dégradation, notamment

<p>l'esclavage, le commerce des esclaves, la torture et la peine ou le traitement cruels, inhumains ou dégradants.</p> <p>La sensibilisation à l'invalidité due et liée aux troubles mentaux a incité le passage d'un paradigme de la maladie à un paradigme d'invalidité pour comprendre les conséquences sociales des troubles mentaux. La compréhension de ces troubles en termes d'invalidité mène à d'autres possibilités législatives de protection des droits des personnes affectées. Par exemple, la Résolution 48/96 des Nations Unies sur les Normes d'égalité des chances des Handicapés (1993) vise à assurer l'égalité des chances et à protéger les droits des personnes handicapées. La législation relative aux handicapés résultant de la mise en œuvre de ces normes peut offrir une protection de second rang contre la violation des droits humains des personnes atteintes de troubles mentaux.</p> <p>Des agences et organisations internationales ont tenté d'orienter la législation sur la santé mentale en élaborant des normes et des directives pour la protection des droits des personnes atteintes de troubles mentaux. Bien que ces directives ne soient pas directement applicables, elles représentent l'opinion internationale sur les composantes essentielles de la législation sur la santé mentale.</p> <p>En 1991, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté la Résolution 46/119 énonçant les principes relatifs à la protection des droits humains des personnes atteintes de troubles mentaux. Les Principes relatifs à la protection des malades mentaux et à l'amélioration des soins de santé mentale présentent un ensemble de droits fondamentaux que la communauté internationale considère comme inviolables dans la communauté et dans les milieux de soins. Les 25 principes couvrent les domaines suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la définition de l'incapacité mentale ; - la protection de la confidentialité ; - les normes des soins et du traitement, y compris l'admission involontaire et le consentement au traitement ; - les droits des malades mentaux dans les établissements de santé mentale ; - la protection des mineurs ; - l'apport de ressources aux établissements de santé mentale ; - le rôle de la communauté et de la culture ; - la révision des mécanismes chargés de protéger les droits des délinquants atteints de troubles mentaux ; - les garanties de procédure protégeant les droits des personnes atteintes de troubles mentaux. <p>Afin de faciliter la compréhension et la mise en œuvre des Principes des Nations Unies, l'OMS a publié des directives concernant les droits des personnes atteintes de troubles mentaux (Organisation mondiale de la Santé, 1996a). Les directives présentent notamment une liste de contrôle pour faciliter l'évaluation rapide de la situation des droits de l'homme aux niveaux local et régional. Un autre document qui contribue à la mise en œuvre des Principes des Nations Unies s'intitule <i>Dix principes fondamentaux sur le droit relatif aux soins de santé mentale</i> (Organisation mondiale de la Santé, 1996b). Il est basé sur une analyse comparative des lois nationales sur la santé mentale et décrit dix principes fondamentaux de législation sur la santé mentale indépendamment du contexte culturel ou juridique. Il comporte des annotations sur la mise en œuvre des principes. (Voir encadré 2).</p>	<p><i>On tend de plus en plus vers un paradigme d'invalidité pour comprendre les conséquences des troubles mentaux.</i></p> <p><i>Des normes et des directives ont également été élaborées afin de protéger les droits des personnes atteintes de troubles mentaux.</i></p> <p><i>Les Nations Unies ont adopté des principes pour la protection des malades mentaux et l'amélioration des soins de santé mentale.</i></p> <p><i>Dix principes fondamentaux sur le droit relatif aux soins de santé mentale.</i></p>
--	---

La Déclaration de Caracas, adoptée par la Conférence régionale sur la restructuration des soins psychiatriques en Amérique latine en 1990, est un exemple de collaboration régionale à la protection des droits des personnes atteintes de troubles mentaux. Cette déclaration vise à promouvoir des services communautaires intégrés de santé mentale en restructurant les soins psychiatriques nécessitant les services fournis dans les hôpitaux psychiatriques. La déclaration affirme que les ressources, les soins et le traitement des personnes atteintes de troubles mentaux doivent protéger leur dignité et leurs droits humains et civils, leur offrir un traitement rationnel et approprié et s'efforcer de garder ces personnes dans leurs communautés. Elle affirme ensuite que la législation sur la santé mentale doit protéger les droits humains des personnes atteintes de troubles mentaux et que les services doivent être organisés de manière à ce que ces droits puissent être respectés.

Déclaration de Caracas.

Les associations internationales de professionnels de la santé mentale ont œuvré pour garantir le respect des droits humains des personnes atteintes de troubles mentaux en publiant des directives sur les normes de pratique et de comportement professionnels. Ces directives figurent, par exemple, dans la Déclaration de Madrid adoptée en 1996 par l'Assemblée générale de l'Association mondiale de psychiatrie. Entre autres normes, la déclaration insiste sur le traitement basé sur le partenariat avec les malades mentaux et sur l'administration du traitement involontaire uniquement dans des circonstances exceptionnelles.

Déclaration de Madrid.

Encadré 2. Dix principes fondamentaux sur le droit relatif aux soins de santé mentale (Organisation mondiale de la Santé, 1996b)

- Promotion de la santé mentale et prévention des troubles mentaux ;
- Accès aux soins de santé mentale de base ;
- Évaluation de la santé mentale conformément aux principes internationalement reconnus ;
- Prestation de soins de santé mentale du type le moins restrictif ;
- Autodétermination ;
- Droit d'être assisté dans l'exercice de l'autodétermination ;
- Disponibilité des procédures de révision ;
- Mécanisme automatique de révision périodique ;
- Décideurs compétents ;
- Respect de l'État de droit.

2.4 Étude de la législation sur la santé mentale dans d'autres pays

L'étude de la législation sur la santé mentale dans d'autres pays donne une bonne idée des composantes généralement incluses. Elle peut permettre d'identifier les composantes pratiques protectrices des droits de l'homme, ainsi que les dispositions qui limitent ou violent ces droits et devraient être évitées dans la législation proposée.

L'étude doit également voir d'un œil critique dans quelle mesure la législation peut améliorer la situation des personnes atteintes de troubles mentaux dans les pays concernés. Les motifs d'échec doivent être identifiés. Au nombre de ceux-ci pourraient figurer : (1) une législation mal rédigée qui ne comporte pas des dispositions pour la protection des droits des personnes atteintes de troubles mentaux, en répondant convenablement à leurs besoins ou en favorisant l'accès à des soins satisfaisants ; (2) les difficultés de mise en œuvre qui surviennent parce que les intervenants refusent de

L'étude de la législation d'autres pays donne une bonne idée des composantes qui sont généralement incluses.

collaborer ; (3) les dispositions législatives qui ne prennent pas en compte les réalités pratiques. (Voir la section 3.1.4 et l'exemple de l'Afrique du Sud à la section 8).

Certaines des principales composantes de la législation sur la santé mentale dans les pays des différentes régions sont énumérées dans l'encadré 3, qui peut être utilisé comme cadre général pour identifier les composantes propres à certains pays. La liste n'est évidemment pas une compilation complète de toutes les composantes indispensables de la législation sur la santé mentale.

Encadré 3. Dispositions fondamentales de la législation sur la santé mentale

Législation sur la santé mentale	Autre législation influant sur la santé mentale
Protection des droits,	Protection des droits, promotion et prévention
<ul style="list-style-type: none"> - Accès aux soins de santé mentale essentiels - Soins les moins restrictifs - Consentement éclairé au traitement - Admission volontaire et involontaire et traitement - Questions de compétence - Mécanisme de réexamen périodique - Confidentialité - Réadaptation - Accréditation des professionnels et des établissements - Droits des familles et des soignants 	<ul style="list-style-type: none"> - Logement - Education - Emploi - Sécurité sociale - Justice pénale - Soins de santé généraux - Promotion sociale - Réadaptation, y compris services de formation professionnelle - Dépistage de mauvais traitements infligés aux enfants - Restrictions à l'accès à l'alcool et aux psychotropes - Protection de groupes vulnérables - Législation

2.5 Consultation et négociation pour le changement

Les activités mentionnées ci-dessus peuvent aider à décider des composantes à inclure dans la nouvelle législation et des amendements et modifications à apporter à la législation existante. La consultation et la négociation avec tous les intervenants constituent la prochaine étape importante du processus. Parmi les intervenants figurent les personnes atteintes de troubles mentaux et les organisations qui les représentent ; les soignants et les familles des personnes atteintes de troubles mentaux ; les professionnels, y compris les psychiatres, les psychologues, les infirmières psychiatriques et les travailleurs sociaux ; les politiciens : les décideurs politiques ; les ministères du gouvernement (santé, bien-être social, justice, finance) ; les organisations de défense ; les prestataires de services, notamment les organisations non-gouvernementales ; les associations de défense des droits civiques et les organisations religieuses.

La consultation et la négociation sont importantes non seulement pour la rédaction de la législation mais également pour en garantir la mise en œuvre après son adoption. La consultation et la négociation permettent de faire face aux idées fausses, malentendus et craintes liés aux troubles mentaux. Le langage des droits de l'homme sert de contrepoids aux pratiques d'exclusion et de stigmatisation.

La consultation et la négociation jouent un rôle important dans la rédaction, l'adoption et, surtout, dans la mise en œuvre d'une nouvelle législation sur la santé mentale.

Points essentiels : Activités préliminaires

- La législation peut aider à surmonter certains des obstacles à la mise en œuvre des politiques et programmes de santé mentale, notamment ceux liés à l'accès et à l'équité.
- Une étude systématique et critique de la législation existante permet d'identifier les lacunes et les difficultés auxquelles la nouvelle législation devra s'attaquer.
- Les pays qui ont signé des conventions relatives aux droits de l'homme doivent garantir la protection, le respect et le plein exercice des droits qui y sont intégrés. Il importe donc d'étudier ces instruments de manière approfondie pendant la préparation de la législation sur la santé mentale.
- Les normes internationales telles que celles contenues dans les Principes pour la protection des malades mentaux, ainsi que dans les *Dix principes fondamentaux sur le droit relatif aux soins de santé mentale*, bien qu'elles n'aient pas force de loi, représentent un accord international sur les normes de bonne pratique.
- L'étude de la législation des autres pays peut mettre en lumière les dispositions généralement inscrites dans le droit relatif à la santé mentale. Elle peut également identifier les dispositions qui devraient être évitées dans la législation proposée car celles-ci limitent ou violent les droits humains des personnes atteintes de troubles mentaux. En outre, elles peuvent identifier les motifs de l'échec de cette législation dans le but d'améliorer la situation des personnes atteintes de troubles mentaux dans le pays concernés.
- La consultation et la négociation avec tous les intervenants sur les composantes éventuelles de la législation sur la santé mentale et les amendements à la législation existante permettent de s'attaquer aux idées fausses, aux malentendus et aux craintes liés aux troubles mentaux, et tendent à favoriser le succès de la mise en œuvre de cette législation.

3. Composantes essentielles de la législation sur la santé mentale

Cette section traite des domaines essentiels qui doivent figurer dans la législation sur la santé mentale. Ces composantes ne sont ni exclusives ni exhaustives, mais elles représentent certains des problèmes les plus importants à résoudre pour rendre la législation acceptable. Une liste plus complète figure dans les Principes pour la protection des malades mentaux et l'amélioration des soins de santé mentale, ainsi que dans les *Directives pour la promotion des droits humains des personnes atteintes de troubles mentaux* (Organisation mondiale de la Santé, 1996a).

Une législation qui vise à protéger les droits des personnes atteintes de troubles mentaux ne doit pas se limiter aux problèmes liés à la santé mentale ou même à la santé générale. Parmi les autres domaines, qui ne sont pas strictement liés à la santé mais qui sont d'importance capitale, figurent ceux de la législation sur l'emploi, l'éducation et le logement. Ces questions et d'autres du même genre sont traitées, ci-dessous. (voir la section 3.2.)

Les pays qui projettent de formuler une législation complète qui traite de toutes les questions ayant rapport aux personnes atteintes de troubles mentaux pourraient inscrire les dispositions en un instrument unique. D'autres pays peuvent déjà avoir une législation qui couvre certains éléments de ce domaine et préféreront faire des amendements aux documents législatifs afin de protéger les droits des personnes atteintes de troubles mentaux. La législation sur les domaines, qui affectent la santé mentale mais ne figurent pas nécessairement dans la législation sur la santé mentale, est décrite à la fin de cette section. Ces domaines sont d'une importance vitale pour le bien-être des personnes atteintes de troubles mentaux et méritent donc une attention législative suffisante. Ils sont également importants pour la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux.

3.1 Dispositions fondamentales de la législation sur la santé mentale

3.1.1 Le principe de la solution de la moins restrictive

Toutes les personnes atteintes de troubles mentaux doivent recevoir leur traitement au sein de la communauté sauf dans des circonstances très rares, par exemple, si ces personnes risquent de se faire du mal ou de faire du mal à d'autres personnes ou si le traitement ne peut être administré que dans un milieu institutionnel. Lorsque l'admission ou le traitement dans un établissement s'avère nécessaire, la législation doit encourager l'option volontaire. Les lois ne doivent permettre l'admission et le traitement involontaires que dans des circonstances exceptionnelles. En cas d'admission involontaire, il faudra des procédures pour protéger les droits des personnes concernées.

En particulier, un certain nombre de critères doivent être remplis avant que l'admission ou le traitement involontaire n'ait lieu. Premièrement, des professionnels de la santé mentale compétents, munis d'une autorisation légale, doivent déterminer que la personne concernée souffre d'un trouble mental. Deuxièmement, ils doivent être convaincus que le trouble mental présente un risque sérieux de danger immédiat ou

Une législation qui se rapporte à la santé mentale ne doit pas se limiter au secteur de la santé.

<p>imminent pour cette personne ou pour d'autres personnes ou, dans le cas d'une personne dont le trouble mental est grave et dont les facultés sont détériorées, ils doivent être convaincus que la non admission ou la non détention de la personne provoquerait une grave détérioration de son état ou empêcherait un traitement approprié qui ne pourrait être administré que par admission dans un centre de santé mentale.</p> <p>Dans les pays où le traitement au sein de la communauté est rare ou inexistant, les efforts et les ressources doivent servir à mettre en place et à renforcer les services afin de trouver des solutions autres que l'admission.</p> <p>Le document intitulé <i>Dix principes fondamentaux sur le droit relatif aux soins de santé mentale</i> (Organisation mondiale de la Santé, 1996b) affirme que tout instrument juridique qui contient des dispositions incompatibles avec les soins de santé mentale communautaires doit être supprimé. Le même document affirme qu'afin d'assurer la mise en œuvre efficace du principe de solution la moins restrictive, il faut des instruments juridiques et des infrastructures pour soutenir les soins de santé mentale communautaires qui nécessitent des milieux convenables pour les malades dotés d'une certaine autonomie.</p> <p>3.1.2 La confidentialité</p> <p>Il faut des dispositions législatives garantissant la confidentialité de tous les renseignements et rapports concernant les troubles mentaux d'une personne. Les lois doivent formellement empêcher la divulgation, l'examen ou la transmission des rapports de santé mentale d'un malade sans son consentement et/ou le consentement d'un représentant ou gardien légalement institué. De même, la législation doit exiger que les professionnels obtiennent un consentement avant de divulguer toute information non écrite obtenue pendant l'évaluation ou le traitement des troubles mentaux.</p> <p>Il importe également de tenir compte des besoins des soignants et des familles. Il faut leur fournir des informations appropriées et suffisantes pour leur permettre d'administrer des soins adéquats aux malades vivant à domicile. La législation doit essayer d'établir un juste équilibre entre le principe de confidentialité et les besoins d'informations des soignants et des familles afin que les malades soient correctement pris en charge.</p> <p>Cependant, il existe de rares exceptions au principe de confidentialité. Par exemple, un professionnel peut avoir raison de divulguer des renseignements confidentiels s'il existe un danger ou un mal imminent pour la personne concernée ou pour d'autres personnes. Dans une affaire criminelle p. ex. , le tribunal peut ordonner aux professionnels de révéler les informations et/ou les rapports relatifs aux troubles mentaux. La législation sur la santé mentale, dans la plupart des pays, reconnaît les droits des tribunaux à outrepasser la confidentialité dans les affaires criminelles mais pas dans les affaires civiles (ex. : divorce, conflit de propriété). La législation doit déterminer clairement les situations dans lesquelles la confidentialité peut être écartée et doit comporter des garanties suffisantes contre la mauvaise utilisation et l'abus de cette disposition.</p> <p>3.1.3 Le consentement éclairé</p> <p>Le principe du consentement libre et éclairé est la pierre angulaire du traitement des troubles mentaux et doit donc être intégré dans la législation sur la santé mentale. Le</p>	<p><i>Il faut offrir aux gens les traitements les moins restrictifs.</i></p> <p><i>La législation doit protéger la confidentialité de toutes les informations obtenues dans un cadre clinique.</i></p> <p><i>Il existe de rares exceptions au devoir de confidentialité.</i></p> <p><i>Le consentement éclairé est la pierre angulaire du traitement des troubles mentaux.</i></p>
---	--

<p>problème essentiel concernant le consentement au traitement est celui d'établir l'aptitude du malade à donner son consentement. Le droit de donner un consentement au traitement s'accompagne du droit de le refuser. Si un malade est jugé apte à donner son consentement, son refus d'accepter le traitement doit également être respecté.</p> <p>Pour être valable, le consentement doit remplir les critères suivants (Principes pour la protection des malades mentaux et l'amélioration des soins de santé mentale).</p> <p>a) La personne/le malade qui donne son consentement doit être jugé(e) compétent(e) et apte à donner son consentement. b) Le consentement doit être obtenu librement, sans menaces ou incitations condamnables. c) Il faut une communication appropriée et adéquate des informations sur le but, la méthode, la durée probable et les avantages attendus du traitement proposé. d) Les douleurs ou malaises éventuels, les risques et les effets secondaires probables du traitement proposé doivent être discutés suffisamment avec le malade. e) Il faut proposer des choix. D'autres modes de traitement, notamment ceux qui sont moins pénibles, doivent être discutés et proposés au malade. f) Les informations doivent être fournies dans une langue et sous une forme que le malade comprend. g) Le malade doit avoir le droit de refuser ou d'arrêter le traitement. h) Les conséquences du refus du traitement doivent être expliquées au malade.</p> <p>Dans des circonstances exceptionnelles, la législation peut autoriser que le traitement se déroule sans consentement éclairé. Cela peut arriver lorsqu'une personne souffre d'un trouble mental sévère, est dépourvue d'aptitude (de capacité) et lorsque le traitement est susceptible d'alléger le trouble ou lorsqu'il est probable que l'état du malade se détériorera davantage si le traitement n'est pas administré. (voir la section 3.1.5.)</p> <p>La législation ne doit pas autoriser la participation à la recherche clinique ou expérimentale sans un consentement éclairé, qui doit être obtenu de tous les malades volontairement ou involontairement admis.</p> <p>Beaucoup de juridictions se servent de l'âge (habituellement 18 ans) comme unique critère pour déterminer le droit des mineurs à donner ou à refuser leur consentement. Toutefois, un nombre considérable de mineurs, notamment les jeunes adolescents, ont une maturité et une compréhension suffisantes qui leur permettent de donner ou de refuser leur consentement. Il faut des dispositions dans la législation pour encourager les professionnels compétents à prendre en compte les opinions des mineurs en matière de consentement, selon leur âge et leur maturité.</p> <p>3.1.4 L'admission volontaire et involontaire</p> <p>Les lois doivent encourager l'admission volontaire et n'autoriser l'admission involontaire que dans des circonstances exceptionnelles. L'éventualité d'une admission involontaire ne doit être envisagée que dans des circonstances très particulières et conformément à la loi. Les idées fausses que le public se fait du danger que représentent les personnes atteintes de troubles mentaux donnent lieu à une protection excessive de la société contre le risque de violence ou de tort. La loi doit clairement établir l'équilibre entre le droit de l'individu à l'autodétermination et la responsabilité personnelle d'une part, et l'aptitude de l'État à garantir la sécurité et le bien-être de l'individu et de la</p>	<p><i>Plusieurs critères régissent le consentement éclairé.</i></p> <p><i>Dans des circonstances exceptionnelles, le traitement sans consentement éclairé peut être autorisé.</i></p> <p><i>Le consentement des mineurs est important en matière de législation.</i></p> <p><i>La législation doit encourager l'admission volontaire dans les établissements de santé mentale.</i></p>
--	--

<p>communauté en général d'autre part.</p> <p>A cet égard, le problème essentiel est celui d'expliquer les circonstances dans lesquelles l'admission involontaire est jugée appropriée, et d'établir la procédure pour recourir aux pouvoirs relatifs à l'admission involontaire. L'admission involontaire n'est autorisée que lorsque les deux critères, ci-dessous, sont remplis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - il existe manifestement un trouble mental d'une gravité particulière telle que définie par les normes internationalement reconnues ; - il est probable que le malade causera du mal à lui-même ou aux autres et/ou que son état se détériorera si le traitement ne lui est pas administré. <p>La situation dans le pays concerné doit également être prise en compte dans l'élaboration des dispositions relatives à l'admission involontaire. Un bon exemple, à ce sujet, est la disposition législative qui requiert qu'un certificat soit délivré, par au moins deux psychiatres, préalablement à l'admission involontaire à l'hôpital. Le but de cette disposition est de garantir une protection suffisante contre l'admission obligatoire. Toutefois, les pays à faibles revenus disposant de peu de psychiatres ont énormément de difficultés à appliquer ce genre de disposition. Dans beaucoup de cas, on ignore ce genre de disposition et les professionnels, ainsi que les membres de la famille s'en tiennent aux pratiques d'admission involontaire existantes. Dans ces cas, une meilleure option serait de demander un certificat à deux médecins ou deux professionnels de la santé mentale dont un au moins devrait être psychiatre. En cas de pénurie de psychiatres, il peut s'avérer nécessaire que d'autres professionnels procèdent à l'évaluation et prennent les décisions. Ces professionnels pourraient être des travailleurs sociaux, des psychologues ou des infirmières qui ont bénéficié de la formation requise.</p> <p>Cela renforce l'équipe de professionnels de la santé mentale disponible pour délivrer des certificats et pour garantir une protection suffisante aux personnes atteintes de troubles mentaux. (voir l'exemple de l'Afrique du Sud à la section 6.)</p> <p>Étant donné que des épisodes aigus se produisent dans la plupart des troubles mentaux, la loi doit envisager des procédures d'urgence. Celles-ci doivent autoriser l'évaluation obligatoire des personnes atteintes de troubles mentaux et/ou l'admission pendant 48-72 heures pour permettre l'évaluation par un spécialiste de la santé mentale s'il existe un soupçon raisonnable de risque immédiat pour leur santé ou leur sécurité.</p> <p>La loi doit également comprendre des dispositions relatives aux droits des personnes privées de leur liberté. Tous les malades involontairement admis doivent explicitement avoir le droit de faire appel contre leur hospitalisation involontaire à la fois auprès des dirigeants de l'institution concernée et auprès d'une commission ou d'un tribunal d'appel (Nations Unies, 1991).</p> <p>3.1.5 Le traitement volontaire et involontaire en milieu hospitalier</p> <p>Le traitement volontaire est lié à la question de consentement éclairé. La législation doit veiller à ce que tous les traitements soient administrés sur la base d'un consentement libre et éclairé sauf dans des circonstances rares. Le consentement ne peut pas être légal s'il est accompagné d'une menace ou d'une menace implicite de contrainte, ou si des solutions appropriées autres que le traitement suggéré n'ont pas été proposées.</p>	<p><i>L'admission involontaire ne doit intervenir que dans des circonstances exceptionnelles.</i></p> <p><i>Les procédures d'urgence doivent être présentées dans la loi.</i></p> <p><i>Les malades doivent avoir le droit de faire appel contre l'admission involontaire.</i></p>
--	--

<p>Les malades volontairement admis ne doivent être traités qu’après l’obtention de leur consentement éclairé. Dans le cas des malades involontaires, des questions importantes se posent lorsqu’on envisage des procédures à la fois pour l’admission involontaire et pour le traitement involontaire.</p> <p>On dit parfois que le but de l’admission involontaire doit consister à fournir un traitement, c’est-à-dire, à arrêter la dégradation de l’état d’une personne et que, faute de cela, l’admission devient inutile et équivaut à l’incarcération. Deux procédures distinctes, l’une pour l’admission involontaire et l’autre pour l’administration du traitement involontaire, pourraient entraver ou retarder le traitement. En particulier, les pays en développement aux ressources limitées peuvent éprouver des difficultés à effectuer des examens distincts pour l’admission et le traitement.</p> <p>On a également dit que, comme la compétence est normalement tributaire de la tâche et du temps, les malades qui sont incapables de décider de leur admission peuvent néanmoins être capables de donner leur consentement au traitement et de prendre des décisions concernant leurs projets de traitement. Dans de tels cas, a-t-on encore dit, il est crucial que la capacité d’une personne à donner son consentement au traitement soit déterminée <i>avant</i> qu’aucune décision ne soit prise concernant le traitement.</p> <p>La question de savoir s’il faut deux procédures distinctes ou une seule procédure pour l’admission involontaire et le traitement involontaire est encore discutable. Ce module ne prétend pas recommander d’adopter une approche plutôt que l’autre. Il appartient à chaque pays d’adopter celle qui lui convient. Toutefois, il est essentiel que, dans l’un ou l’autre cas, des garanties suffisantes soient prévues pour protéger les droits des malades et empêcher que l’on abuse des procédures.</p> <p>Si l’on constate qu’un malade est incapable de donner son consentement, le traitement involontaire doit être envisagé uniquement si : (1) le malade est involontairement admis à l’hôpital et (2) le traitement est nécessaire pour améliorer l’état du malade et/ou restaurer sa capacité de prendre des décisions sur le traitement et/ou pour empêcher une dégradation importante de la santé mentale du malade et/ou pour empêcher que le malade ne devienne dangereux pour lui-même ou pour d’autres personnes.</p> <p>Dans le cas du traitement involontaire, il faut des procédures pour protéger les droits humains de la personne concernée et la protéger éventuellement contre le tort et l’abus des pouvoirs utilisés. Les mécanismes doivent permettre, entre autres, l’obtention de l’avis d’un deuxième médecin sur la nécessité d’un traitement involontaire, l’obtention de l’autorisation impartiale de sources judiciaires et/ou des représentants des malades, et la possibilité pour le malade de faire appel contre le traitement involontaire, auprès d’une commission de révision indépendante.</p> <p>Pour certains traitements, la législation rend obligatoire l’obtention du consentement éclairé. En outre, l’avis d’un deuxième médecin et la permission d’un organe judiciaire ou quasi-judiciaire sont exigés avant de procéder au traitement. Beaucoup de ces modalités de traitement sont discutables et leur mention ici n’implique pas que l’OMS les approuve. Le souci principal est de reconnaître et d’insister sur la nécessité d’une protection suffisante des droits des personnes atteintes de troubles mentaux dans certaines circonstances. Parmi les exemples figurent la psychochirurgie, l’implantation de médicaments pour réduire les pulsions sexuelles et les procédures d’isolement. Ces</p>	<p><i>Plusieurs questions se posent lorsqu’on envisage à la fois l’admission involontaire et le traitement involontaire.</i></p> <p><i>Il existe des critères précis pour le traitement involontaire.</i></p> <p><i>Il faut établir les procédures de traitement involontaire.</i></p> <p><i>Le consentement éclairé est obligatoire pour certains traitements.</i></p>
--	---

garanties s'appliquent généralement aux traitements qui sont considérés comme irréversibles et/ou comme présentant un risque relativement élevé de préjudice physique ou mental pour le malade.

3.1.6 Le traitement involontaire en milieu communautaire

La surveillance, au sein de la communauté, des personnes atteintes de troubles mentaux est de plus en plus demandée. Cela résulte de la perception du public et des professionnels selon laquelle la désinstitutionnalisation communautaire a échoué et que la présence des personnes atteintes de troubles mentaux dans la communauté représente un risque public (Harrison 1995 ; Thomas, 1995). Les professionnels se sont inquiétés de la situation dans laquelle les personnes atteintes de troubles mentaux subissent l'admission et le traitement involontaires, arrêtent de prendre les médicaments une fois qu'elles sont libérées et font une rechute, et ceci a pour corollaire inévitable un autre cycle d'admission et de traitement involontaires.

Les pays qui ont promulgué une législation relative aux ordonnances de surveillance communautaire (également appelées ordonnances médicales communautaires) exigent habituellement que les personnes atteintes de troubles mentaux résident dans un lieu précis, pour prendre part à des programmes particuliers de traitement consistant en conseils, éducation et formation, pour permettre aux professionnels de la santé mentale d'avoir accès à leurs domiciles, et pour qu'elles se soumettent au traitement psychiatrique obligatoire (involontaire). (Voir, par exemple, la Loi du Royaume-Uni sur la santé mentale (les malades dans la communauté), 1995).

L'inquiétude, en ce qui concerne les ordonnances de surveillance et de traitement communautaires, est que les services de santé mentale peuvent user de contrainte en administrant les soins communautaires au lieu de veiller à rendre ces services acceptables aux personnes atteintes de troubles mentaux et d'investir des efforts et des ressources pour les retenir dans les services. Cela pourrait compromettre un objectif important de la désinstitutionnalisation.

Un problème important relatif à la supervision communautaire est celui du consentement au traitement. Les personnes résidant dans la communauté, qui ont recouvré leur santé mentale, ont la compétence et la capacité de prendre des décisions sur leur traitement. Le droit de donner un consentement s'accompagne du droit de le refuser, et ce droit doit être respecté. Autrement on supposerait que les personnes atteintes de troubles mentaux ont la capacité de donner leur consentement mais pas celle de refuser le traitement, ce qui violerait donc le principe de symétrie. Le point essentiel est que les règles relatives au traitement involontaire soient respectées, c'est-à-dire, que l'absence de capacité et la probabilité de danger pour soi-même ou pour les autres doivent être démontrées.

Les bases factuelles de l'efficacité de la supervision communautaire obligatoire ne sont qu'à leur stade initial d'élaboration. Les ordonnances de supervision semblent réduire la ré-hospitalisation et le nombre total de jours à l'hôpital lorsqu'elles s'accompagnent de soins intensifs au sein de la communauté. Cela exige un engagement considérable de ressources humaines et financières (Swartz et al., 1999). Des réductions considérables du risque de comportement dangereux sont possibles si la supervision obligatoire s'accompagne d'un traitement intensif en milieu extra-hospitalier (Swanson et al., 1999).

Le traitement communautaire involontaire est controversé et a des implications pour les droits humains des personnes atteintes de troubles mentaux.

Ces réductions sont essentiellement attribuées à une adhésion accrue au traitement et à une baisse des toxicomanies (Swanson et al., 1999). Ce qui précède ne constitue pas une étude détaillée de l'efficacité de la supervision communautaire obligatoire. Toutefois, il est évident que la supervision communautaire n'est efficace que lorsqu'un établissement de traitement communautaire intense est disponible.

3.1.7 Le mécanisme de révision périodique

La législation doit prévoir un mécanisme de révision périodique automatique dans tous les cas affectant l'intégrité ou la liberté des personnes atteintes de troubles mentaux (Nations Unies, 1991). Ainsi, il faut une disposition législative relative aux mécanismes de révision automatique dans tous les cas d'admission et de traitement involontaires et dans les cas d'admission et de traitement volontaires qui durent plus d'un certain temps. Les révisions doivent s'effectuer à des intervalles raisonnables, ex. : une fois par mois pour les procédures obligatoires et une fois tous les trois mois pour les séjours volontaires. Elles doivent être effectuées par un organe de réglementation indépendant dont le statut juridique ou quasi-juridique lui permet de faire respecter la bonne pratique.

Pour être efficace, l'organe de révision doit :

- a) être pluridisciplinaire et inclure des professionnels (des domaines de la santé mentale, juridique, social), des représentants des personnes atteintes de troubles mentaux, des représentants de leurs familles, des membres d'ONG de plaidoyer et des profanes ;
- b) être financièrement et fonctionnellement indépendant des prestataires de services et des entités mandatées pour acquérir des services pour les personnes atteintes de troubles mentaux ;
- c) être dotés de pouvoirs statutaires pour faire respecter la conformité aux dispositions de la législation sur la santé mentale.

3.1.8 La compétence (capacité)

Pour que le consentement soit valable, la personne qui le donne doit avoir la capacité de le faire. La capacité de donner un consentement ou de refuser un traitement signifie normalement la capacité de comprendre le but, la nature, les effets probables et les risques du traitement concerné, y compris ses chances de succès, les conséquences de sa non administration et toute autre solution de remplacement connexe.

Les troubles mentaux peuvent affecter la capacité. La législation doit donc garantir la protection des personnes souffrant de troubles mentaux. La présence d'un trouble mental n'implique pas automatiquement une incapacité à prendre des décisions compétentes. La loi doit établir des procédures claires pour l'évaluation de la compétence, indiquer les autorités compétentes pour déterminer la capacité, et souligner les actions à entreprendre si une personne est jugée incompétente.

Dans la plupart des juridictions, les décisions concernant la compétence sont prises par des autorités judiciaires sur la base des avis autorisés des professionnels de la santé mentale. La législation dans beaucoup de pays contient des dispositions pour la désignation formelle de gardiens pour les personnes rendues incompétentes par leurs troubles mentaux. La législation doit contenir des dispositions permettant de faire appel contre les décisions incompétentes prises par les personnes affectées et/ou par leurs soignants et familles.

Un organe de révision est un mécanisme de suivi qui assure l'application des garanties contenues dans la législation.

La capacité est un préalable à un consentement valable.

Le trouble mental n'implique pas automatiquement l'incapacité.

3.1.9 L'accréditation des professionnels et des établissements de santé mentale

L'accréditation garantit une qualité et une uniformité satisfaisantes à la prestation des services de santé mentale. (Voir *Amélioration de la qualité de la santé mentale*). Les utilisateurs doivent avoir la satisfaction de savoir qu'un minimum de critères relatifs aux compétences professionnelles et à la qualité des soins ont été remplis au niveau des professionnels et des établissements.

La législation peut prévoir la mise en place de systèmes d'accréditation et veiller à ce que seuls les établissements et les professionnels de la santé mentale accrédités soient autorisés à fournir des services.

3.1.10 Les droits et les rôles des familles et des soignants

Les familles jouent un rôle important dans le soutien et la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux. Cela est particulièrement vrai dans les pays qui ne disposent pas de systèmes étatiques de sécurité sociale bien développés. La législation doit tenir compte de ces besoins et droits des familles afin d'établir le juste milieu entre ceux-ci et les besoins et droits des individus atteints de troubles mentaux. Par exemple, les familles qui prennent en charge leurs membres atteints de troubles mentaux peuvent avoir besoin de s'informer auprès des professionnels sur la nature des maladies et des plans de traitements en cours afin de pouvoir prendre les leurs en charge avec affection. La législation doit donc stipuler la nécessité pour les familles d'avoir accès à ces informations, le cas échéant. Elle doit également établir un juste milieu entre les besoins de confidentialité de l'individu et les besoins d'information des familles.

Il est important d'équilibrer les besoins et les droits des familles et des soignants avec les besoins et les droits des individus atteints de troubles mentaux.

3.2 Dispositions fondamentales d'autres législations qui influent sur la santé mentale

La législation dans des domaines qui ne se rapportent pas au secteur de la santé mentale peut jouer un rôle important dans l'intégration des personnes atteintes de troubles mentaux dans les communautés. Ces mesures législatives peuvent contribuer à assurer le succès d'une politique favorable à la prise en charge communautaire des maladies mentales et à la désinstitutionalisation. La législation dans ces domaines est également importante dans la prévention des troubles mentaux et la promotion de la santé mentale.

3.2.1 Le logement

La législation peut incorporer des dispositions pour donner aux personnes atteintes de troubles mentaux la priorité aux logements de l'État et aux programmes de logements subventionnés, et elle peut mandater les autorités locales pour mettre en place une gamme de logements tels que des maisons de court séjour et des maisons de long séjour subventionnées. La législation sur le logement doit comporter des dispositions pour empêcher la ségrégation géographique des personnes atteintes de troubles mentaux. Cela requiert des dispositions particulières pour empêcher la discrimination par rapport à la localisation et à l'attribution des logements aux personnes atteintes de troubles mentaux.

La législation peut permettre d'améliorer l'accès à un logement de bonne qualité à un prix abordable.

3.2.2 L'éducation

Les enfants, les jeunes et les adultes ont droit à des opportunités et à des établissements

<p>d'éducation appropriés. Les pays doivent veiller à intégrer l'éducation des personnes atteintes de troubles mentaux dans leur système d'éducation. S'il le faut, les programmes d'enseignement doivent être suffisamment souples pour permettre des ajouts et des adaptations afin de prendre en compte les besoins particuliers des personnes atteintes de troubles mentaux. L'éducation intégrée et les programmes communautaires doivent être considérés comme des approches complémentaires pour procurer une éducation et une formation rentables aux personnes atteintes de troubles mentaux.</p>	<p><i>L'éducation des personnes atteintes de troubles mentaux doit faire partie intégrante du système d'éducation.</i></p>
<p>Les programmes scolaires spéciaux de santé mentale peuvent contribuer à l'identification rapide des problèmes affectifs et comportementaux chez les enfants et donc à la prévention d'invalidités futures causées par les troubles mentaux. Les programmes scolaires permettent également d'informer les élèves sur les troubles affectifs et comportementaux et de développer des compétences pour faire face à l'adversité et pour gérer le stress.</p>	
<p>3.2.3 L'emploi</p>	
<p>La législation peut inclure des dispositions pour la protection des personnes atteintes de troubles mentaux contre la discrimination et l'exploitation dans le domaine de l'emploi. Il s'agira, entre autres, de dispositions pour l'égalité d'accès à l'emploi et pour interdire aux employeurs de licencier pour raison de trouble mental. Il faut des dispositions pour un financement adéquat des programmes de réadaptation professionnelle, pour un financement préférentiel d'activités génératrices de revenus menées par les personnes atteintes de troubles mentaux qui résident dans une communauté, et pour des programmes généraux de promotion sociale visant à améliorer l'accès à l'emploi rémunéré. La législation sur l'emploi peut également assurer la protection des personnes atteintes de troubles mentaux qui sont engagées dans les projets de travail adapté, en veillant à ce qu'elles soient rémunérées à des taux comparables à ceux perçus par les autres personnes et qu'il n'y ait pas de travail forcé ou coercitif dans ces projets.</p>	<p><i>La législation doit empêcher que les personnes atteintes de troubles mentaux ne soient victimes de discrimination et d'exploitation à leur lieu de travail.</i></p>
<p>La législation sur l'emploi qui incorpore une disposition relative au congé de maternité, notamment le congé de maternité payé, s'est avérée efficace dans beaucoup de pays. Elle permet aux nouvelles mères de consacrer davantage de temps à leurs bébés à domicile et stimule les liens affectifs. Des mesures similaires pour les pères sont mises en œuvre dans certains pays développés.</p>	<p><i>Le congé de maternité favorise la santé mentale chez les mères et chez les enfants.</i></p>
<p>3.2.4 La sécurité sociale</p>	
<p>Les prestations d'invalidité sont exigées pour les personnes atteintes de troubles mentaux, aux mêmes taux que ceux accordés aux personnes physiquement handicapés. Le système de sécurité sociale doit être suffisamment souple pour permettre aux gens de se procurer un emploi rémunéré sans perdre leurs prestations d'invalidité.</p>	<p><i>Les avantages accordés aux personnes atteintes de troubles mentaux doivent se mesurer à ceux accordés aux personnes physiquement handicapées.</i></p>
<p>3.2.5 La justice pénale</p>	
<p>Le code criminel d'un pays doit contenir des dispositions relatives aux délinquants atteints de troubles mentaux. Ces dispositions doivent, par exemple, traiter de l'aptitude de ces délinquants à passer en justice et à servir de témoins en matière criminelle, ainsi que de la responsabilité pénale, du mandat légal, de la peine et du traitement (Bowden, 1995).</p>	

3.2.6 Législation civile

Les personnes atteintes de troubles mentaux sont autorisées à exercer tous les droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels tels que stipulés dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, ainsi que dans le Pacte international relatif aux droits civils et politiques.

Les dispositions relatives au mariage, à la séparation, au divorce et aux droits des parents de personnes atteintes de troubles mentaux peuvent être intégrées dans la législation civile. Sinon, la législation sur la santé mentale doit stipuler que les personnes atteintes de troubles mentaux ont, entre autres, les droits suivants :

- voter (sauf incapacité à la faire) ;
- se marier ;
- avoir des enfants et garder les droits des parents ;
- posséder des biens ;
- emploi ;
- éducation ;
- liberté de mouvement ; et choix de résidence.

On peut rendre une législation universelle applicable aux personnes atteintes de troubles mentaux en les y incluant comme bénéficiaires. Cela est vrai, par exemple, de la législation sur la non-discrimination et de la législation relative à la promotion sociale pour la protection des populations vulnérables, des minorités et des groupes défavorisés.

3.2.7 La législation sur les soins de santé généraux

Les personnes atteintes de troubles mentaux ont besoin d'être protégées par la loi dans leur interaction avec le système de soins de santé généraux. Parmi les éléments à couvrir figurent l'accès au traitement, la qualité du traitement, la confidentialité, le consentement au traitement et l'accès aux informations. Des clauses particulières peuvent être insérées pour souligner la nécessité de protéger les personnes vulnérables, ex. : celles atteintes de troubles mentaux et celles qui sont incapables de prendre des décisions pour elles-mêmes.

Le peu d'importance accordé aux questions de santé mentale dans la plupart des pays se solde par l'insuffisance des ressources financières et humaines allouées aux services de santé mentale. Par conséquent, pour promouvoir la justice et l'équité, la législation sur les soins de santé généraux doit également inclure des dispositions garantissant des ressources et un financement adéquats aux services de santé mentale à la fois en milieu institutionnel et dans la communauté. Cela permettra aux personnes atteintes de troubles mentaux d'avoir le même niveau d'accès et de qualité de soins que les personnes physiquement handicapées.

Dans beaucoup de pays, les gens ont besoin d'une assurance maladie pour avoir accès aux soins de santé. La législation sur les soins de santé généraux dans ces pays doit contenir des dispositions pour empêcher la discrimination contre les personnes atteintes de troubles mentaux en ce qui concerne l'obtention d'une assurance maladie adéquate auprès de prestataires publics et privés pour les soins et le traitement des handicaps

La législation peut protéger le droit des personnes atteintes de troubles mentaux à exercer tous leurs droits civils, politiques, économiques et sociaux.

L'accès équitable au traitement de bonne qualité doit être garanti aussi bien aux handicapés mentaux qu'au handicapés physiques.

Le pays peuvent formuler une législation qui prévoit l'introduction d'interventions en matière de santé mentale dans les soins primaires.

physiques et mentaux. Les pays peuvent formuler une législation qui prévoit l'introduction d'interventions en santé mentale dans les soins de santé primaires. Par exemple, l'intervention précoce, notamment la disponibilité de médicaments psychiatriques essentiels, doit être incluse dans tout plan de santé de base afin d'assurer le remboursement ou la couverture des services (Organisation mondiale de la Santé, 1996c).

3.2.8 L'accès aux médicaments psychotropes

Les médicaments psychotropes sont utiles au traitement des troubles mentaux et jouent un rôle important dans la prévention secondaire. Toutefois, l'absence, même des médicaments psychotropes essentiels, est courante dans beaucoup de pays. L'action législative peut aider à améliorer la disponibilité des médicaments aux niveaux des soins primaires et secondaires.

La législation peut aider à améliorer la disponibilité des médicaments psychotropes.

3.2.9 La protection des groupes vulnérables

La protection des enfants et des adolescents, des femmes et des personnes âgées. Beaucoup de pays et d'organisations internationales ont reconnu l'effet nuisible de la violence physique, de la violence sexuelle, de l'exploitation et du travail sur la santé mentale des enfants et des adolescents. Ces questions doivent être considérées comme une composante importante de la législation sur la santé mentale. Par exemple, on peut élaborer une législation qui garantit la détection précoce des mauvais traitements infligés aux enfants par les professionnels de la santé et favorise la communication avec le système judiciaire (Organisation mondiale de la Santé, 1996b). De même, il est souvent nécessaire que la législation surmonte les inégalités entre les sexes que subissent les femmes dans les domaines de la santé, de l'éducation et de l'emploi et qu'elle reconnaisse la violence physique et la violence sexuelle comme crimes (Organisation mondiale de la Santé, 1997b)

La législation doit protéger les groupes vulnérables.

La protection des groupes ethniques indigènes et des minorités. Les groupes ethniques indigènes et les minorités font partie des groupes de personnes les plus vulnérables, présentant des taux élevés de dépression, d'alcoolisme, de suicide et de violence. Ils ont connu un changement culturel rapide, la marginalisation et l'absorption dans une économie mondiale qui se préoccupe peu de leur autonomie. On peut élever leur niveau de santé mentale au moyen de lois qui renforcent leur identité, leur vie communautaire, le contrôle local et les traditions culturelles. Ils ont également besoin de services de santé mentale qui s'accordent à leurs cultures et langues et qui, de préférence, intègrent des éléments de médecine traditionnelle (Kirmayer, 2000).

3.2.10 La restriction de l'accès à l'alcool et aux drogues

Une législation qui limite l'accès physique à l'alcool et aux drogues peut contribuer considérablement à la prévention de l'usage abusif et de la dépendance. Dans le cas de l'alcool, parmi ces mesures figurent la promulgation d'un âge légal minimum pour boire, les restrictions sur les heures et jours de vente, ainsi que les restrictions sur le nombre et l'emplacement des points de vente (Edwards, 1997).

La législation qui limite l'accès à l'alcool et aux drogues peut empêcher l'usage abusif et la dépendance.

Points essentiels : Composantes indispensables d'une législation sur la santé mentale

- La législation doit non seulement protéger les droits des personnes atteintes de troubles mentaux mais également viser à promouvoir la santé mentale et à empêcher les troubles mentaux.
- La législation doit embrasser le principe de la solution la moins restrictive, qui exige que l'on traite toujours les gens dans des milieux qui restreindront le moins possible leur liberté personnelle et affecteront le moins possible leur statut et privilèges dans la communauté, en leur permettant de continuer à travailler, à se déplacer et à s'occuper de leurs affaires.
- La législation doit garantir la confidentialité de toutes les informations obtenues en milieu clinique concernant les personnes atteintes de troubles mentaux.
- Le principe de consentement libre et éclairé au traitement doit être incorporé dans la législation.
- L'admission involontaire à l'hôpital ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement et dans des circonstances très particulières. La législation doit souligner ces circonstances exceptionnelles et établir les procédures à suivre pour l'admission involontaire.
- Le traitement involontaire ne doit être envisagé que dans certaines situations rares, ex. : si le malade est incapable de donner son consentement et le traitement est nécessaire pour améliorer son état de santé mentale et/ou empêcher une dégradation importante de sa santé mentale et/ou empêcher qu'il n'inflige un traumatisme ou un tort à lui-même ou à d'autres personnes.
- Dans les pays où existe le traitement involontaire au sein de la communauté, les règles régissant ce traitement doivent être établies et respectées ; cela signifie que l'incapacité et la probabilité de causer un danger à soi-même ou à d'autres doivent être démontrées.
- La législation doit comporter une disposition relative à la désignation d'une commission de révision indépendante qui servira de mécanisme de réglementation dont la composition, les pouvoirs et les devoirs seront précisés.
- La législation ne doit pas se limiter aux questions de santé mentale ou même de santé générale. La législation sur le logement, l'éducation, l'emploi et la santé générale, entre autres, est également importante pour la promotion de la santé mentale et pour la prévention des troubles mentaux, et devrait donc bénéficier d'une attention suffisante.

4. La rédaction : questions et actions essentielles

Cette étape commence lorsque se manifeste la volonté politique d'incorporer les composantes, présentées dans la section précédente, dans une législation nationale. La tâche de rédiger la législation est mieux effectuée par un comité spécialement constitué, dont la composition est importante. Celui-ci doit représenter une diversité suffisante d'expertise afin de refléter la pluralité des idéologies. La participation des utilisateurs et des soignants est importante mais souvent négligée.

Le comité de rédaction doit comprendre :

- une ou deux personnes représentant le Ministère de la Santé, dont normalement le professionnel chargé de la santé mentale, qui peut présider le comité ou lui servir de secrétaire exécutif ;
- une ou deux personnes venant des autres ministères impliqués ;
- des législateurs qui s'intéressent à la santé mentale ;
- des représentants des personnes atteintes de troubles mentaux, des soignants et des organisations de défense ;
- des professionnels de la santé mentale ;
- des juristes ayant de l'expérience en santé mentale et dans d'autres secteurs ;
- des spécialistes en matière de travail avec les femmes, les enfants et les personnes âgées.

La consultation doit commencer avant le début de la rédaction et doit se poursuivre jusqu'au stade de la mise en œuvre. L'établissement du dialogue avant le démarrage du processus permet d'identifier les questions essentielles et controversées dès le début et de susciter l'action, l'enthousiasme et le désir de changement chez les intervenants.

Une fois que la législation a été rédigée, elle doit être présentée pour consultation à tous les acteurs clés du domaine de la santé mentale. Si elle est bien planifiée et effectuée de manière systématique, la consultation peut avoir un impact positif sur l'adoption de la législation proposée et sa mise en œuvre. Elle permet également de sensibiliser le public sur diverses questions, notamment les besoins des personnes atteintes de troubles mentaux, la prévention des problèmes de santé mentale, la participation communautaire et la visibilité accrue des troubles mentaux. Ainsi, la mise en œuvre de la législation sera plus efficace après sa promulgation.

Parmi les autres avantages du processus de consultation figurent l'identification des faiblesses potentielles de la législation proposée, des conflits avec la législation existante et les pratiques habituelles locales, et de questions omises par inadvertance dans l'avant-projet de législation et d'éventuelles difficultés pratiques de mise en œuvre.

La consultation doit suivre un processus à trois étapes limité dans le temps, qui comprend :

- la publication de l'avant-projet du document dans les médias imprimés et électroniques du pays concerné et une invitation au public à réagir ;
- la demande de réponses écrites du public, des organisations et des représentants des autorités gouvernementales et des agences non-gouvernementales ;
- des réunions publiques régionales et nationales, organisées par le comité de rédaction, pour analyser, discuter et négocier les objections ou suggestions les plus fréquentes et les plus importantes concernant l'avant-projet de législation.

Le comité de rédaction doit représenter les diverses opinions.

Le processus de consultation peut avoir un impact positif sur la mise en œuvre de la législation.

Encadré 4. Les acteurs clés qui doivent être invités pour consultation au sujet de la proposition de législation sur la santé mentale

- Agences du gouvernement, notamment les ministères de la santé, des finances, de la justice, de l'éducation, de l'emploi (du travail) et du bien-être social ;
- Les politiciens, les législateurs et les leaders d'opinion ;
- Les organismes d'application de la loi tels que la police et le service en milieu carcéral ;
- Les services judiciaires ;
- Les représentants ou associations des familles et des soignants des personnes atteintes de troubles mentaux, les organisations de défense représentant les intérêts de ces personnes, et les groupes d'utilisateurs ;
- Les institutions académiques et les organes professionnels tels que les psychiatres, les psychologues, les infirmiers(ères) psychiatriques et les travailleurs sociaux médicaux et psychiatriques ;
- Les agences non-gouvernementales lucratives et non lucratives qui fournissent les soins, le traitement et les services de réadaptation aux personnes atteintes de troubles mentaux ;
- Les autorités religieuses ;
- Les autres groupes d'intérêt particulier tels que les organisations de minorités et les groupes représentant des minorités tribales.

A la fin de la phase de consultation, il est utile que le comité de rédaction publie un rapport sur les suggestions, les objections et les questions reçues pendant le processus de consultation, ainsi que la réponse du comité. Il faudra accorder une attention particulière aux sections de la législation proposée qui ont fait l'objet d'objections importantes, surtout de la part des groupes d'utilisateurs et des organisations de plaidoyer. Il est souhaitable que le comité donne une réponse détaillée à toute objection importante qu'il n'accepte pas et qui, selon le comité, n'exige pas des modifications, des retouches ou des changements à la législation proposée.

Points essentiels : La rédaction

- Le comité de rédaction doit comprendre une diversité suffisante d'expertise pour refléter la pluralité des idéologies.
- La participation des personnes atteintes de troubles mentaux et des soignants est très importante dans le processus de rédaction mais elle est souvent négligée.
- L'avant-projet de législation doit être soumis au débat public.
- La consultation permet d'attirer l'attention sur les troubles mentaux et d'identifier les faiblesses éventuelles de la législation proposée, les domaines omis par inadvertance, ainsi que les difficultés de mise en oeuvre.
- La consultation doit être limitée dans le temps et doit impliquer tous les acteurs importants. A la fin de la phase de consultation, le comité de rédaction doit publier un rapport contenant les suggestions faites et les changements apportés à l'avant-projet de législation.

5. Adoption de la législation: questions et actions essentielles

Il pourrait bien s'agir de l'étape qui prend le plus de temps. Le progrès relatif à la législation proposée peut facilement être ralenti, à ce stade, par les détails techniques. Il est nécessaire de convaincre les politiciens et les membres clés de l'organe exécutif du gouvernement et du corps législatif de la nécessité absolue d'une nouvelle législation sur la santé mentale et par conséquent de la nécessité de disposer d'un temps législatif suffisant. Même lorsque le gouvernement aura accordé son soutien à la mise en place du comité de rédaction, d'autres questions politiques peuvent entrer en jeu, une fois que le document final sera prêt pour envoi au corps législatif. Dans les pays à faibles revenus notamment, la santé mentale occupe un faible rang de priorité et dispute le temps et les ressources à d'autres problèmes urgents.

Le soutien de l'opinion publique peut aider à persuader les décideurs. Les efforts pour obtenir le soutien public doivent commencer le plus tôt possible, de préférence pendant le processus de consultation. Comme indiqué à la section 4, la consultation des spécialistes permet de sensibiliser le public sur les sujets inclus dans la législation proposée. Cela doit se poursuivre pendant la présente étape. Les stratégies des médias peuvent être utiles et les professionnels chargés de la santé mentale au ministère de la santé doivent donner aux journalistes les éléments qui leur serviront pour produire des nouvelles, des rapports et des interviews. Des ateliers et séminaires peuvent être organisés à l'intention des groupes et organismes essentiels afin que les composantes principales de la nouvelle législation puissent être expliquées et discutées. Il est également utile de s'assurer le soutien de personnes qui jouissent déjà d'une forte visibilité, qui sont crédibles et présentent une image positive. Ces personnes peuvent servir de porte-parole pour transmettre le message sur la santé mentale et sur la nécessité d'avoir une législation.

Les groupes de défense de la santé mentale peuvent jouer un rôle utile dans ces activités. Le processus d'adoption et de mise en œuvre d'une nouvelle législation permet de donner des moyens d'action à ces organisations pour lutter contre la marginalisation et la stigmatisation des personnes atteintes de troubles mentaux. Ainsi, une loi sur la santé mentale, qui vise à assurer une vie normale au sein de la communauté à des personnes atteintes de troubles mentaux pourrait bien devenir un véhicule pour éduquer les gens, influencer les attitudes sociales et favoriser le changement social. (voir *Plaidoyer en faveur de la santé mentale*).

Faire pression sur les membres de l'organe exécutif du gouvernement et sur le corps législatif constitue une autre activité importante pour stimuler l'adoption de la proposition de législation sur la santé mentale. Les membres du corps législatif doivent être informés des insuffisances de la législations existante relative à la santé mentale. Il faut qu'ils comprennent la nécessité de la loi proposée, les idées principales sur lesquelles l'avant-projet est basé, la probabilité que la future loi apportera une solution aux problèmes existants et aux autres questions pertinentes.

Les personnes chargées de la santé mentale dans le ministère de la santé doivent organiser des réunions fréquentes avec les membres clés de ces institutions, ainsi qu'avec les politiciens appartenant à tout le spectre de partis politiques. Périodiquement,

La mobilisation de l'opinion publique est essentielle pour l'adoption de la législation.

Faire pression joue un rôle important qui favorise l'adoption de la législation.

ces personnes doivent recevoir des documents qui contiennent des informations sur la santé mentale et sur les meilleures pratiques, et qui les invitent à donner leurs opinions sur les initiatives en matière de politique et de législation. Faire pression est essentiel durant tout le processus législatif, notamment pendant l'adoption, afin que la loi proposée puisse être envoyée au corps législatif afin de traverser les stades d'analyse, de discussion et de promulgation.

Certains des obstacles et des solutions liés à la formulation et à l'adoption d'une législation sur la santé mentale sont indiqués, ci-dessous.

Obstacles et solutions liés à la formulation de la législation sur la santé mentale

Obstacles	Solutions
Tension entre les personnes favorables à une législation sur la santé mentale relatif au traitement et aux droits du malade et celles qui sont favorables à une législation sur la promotion et la prévention.	Désigner un comité de rédaction composé de représentants des deux groupes pour permettre une discussion franche et ouverte entre les parties et s'assurer que les deux points de vue seront inclus dans l'avant-projet de législation.
Conflit de pouvoirs entre les médecins et les juristes rendant le consensus difficile à réaliser.	Formuler une loi sur la santé mentale qui tient compte du point de vue des personnes atteintes de troubles mentaux et inclure un processus participatif impliquant beaucoup de secteurs et de disciplines.
Tension entre les droits et les responsabilités des familles et les droits et responsabilités des personnes atteintes de troubles mentaux.	Organiser des ateliers à l'intention des membres des deux groupes pour analyser les aspects relatifs aux droits de l'homme et aux rôles de la famille.
Résistance des psychiatres à une réduction de leur indépendance en matière de prescription des traitements, notamment ceux administrés sur une base involontaire.	Tenir des séminaires sur les droits des personnes atteintes de troubles mentaux et l'éthique médicale, avec la participation de spécialistes internationaux.
Faible priorité accordée à la législation sur la santé mentale par le gouvernement, le parlement et les secteurs autres que la santé.	Donner des moyens d'action aux organisations d'usagers, aux soignants et aux autres groupes de plaidoyer. Faire pression sur les législateurs et trouver des législateurs disposés à promouvoir la législation sur la santé mentale.

Points essentiels : adoption de la législation

- L'adoption de la législation peut être retardée en raison d'autres priorités législatives, notamment dans les pays en développement.
- La mobilisation de l'opinion publique et la pression sur les législateurs peuvent accélérer l'adoption de la législation.

6. Mise en œuvre : obstacles et solutions

Il est préférable que le processus de mise en œuvre commence dès le stade initial d'élaboration de la législation sur la santé mentale. Pendant la phase de rédaction et de consultation, on peut identifier de nombreuses difficultés de mise en œuvre et prendre des mesures correctives concernant la législation proposée. La complexité de la législation moderne sur la santé mentale aggrave les difficultés d'application pratique. On accorde souvent beaucoup d'attention à la rédaction et aux aspects législatifs, et peu d'attention à la mise en œuvre jusqu'à ce que la législation soit promulguée. L'identification précoce des problèmes peut favoriser le processus de mise en œuvre. L'expérience acquise dans beaucoup de pays montre que la « loi dans les livres » et la « loi dans la pratique » sont parfois assez différentes. On comprend parfaitement qu'il y ait des problèmes de mise en œuvre liés à la législation nouvellement adoptée dans les pays sans tradition en matière de législation sur la santé mentale. Toutefois, les problèmes de ce genre surviennent également dans les pays avec un passé d'une telle législation.

Beaucoup de pays ont une législation sur la santé mentale qui n'est pas convenablement mise en œuvre.

6.1 Les obstacles

Les difficultés de mise en œuvre peuvent surgir pour plusieurs raisons.

6.1.1 Le manque d'action coordonnée

Les groupes d'usagers, les groupes de familles et les organisations de plaidoyer, dans les pays développés, servent de catalyseurs pour la mise en œuvre, et utilisent parfois le processus judiciaire dans ce contexte. La rareté relative de tels groupes dans les pays en développement donne lieu à une mise en œuvre plus lente, qui passe par le changement progressif des pratiques habituelles. Ce problème est aggravé par la fragmentation des groupes qui existent, et par un manque d'action coordonnée. Par conséquent, les avantages éventuels de la législation sur la santé mentale ne sont jamais communiqués aux personnes atteintes de troubles mentaux.

6.1.2 Le manque de sensibilisation

Le grand public, les professionnels, les personnes atteintes de troubles mentaux, leurs familles et les organisations de plaidoyer sont souvent mal informés des changements opérés par la nouvelle législation sur la santé mentale. Dans certains cas, ils peuvent être bien informés de ces changements mais ils ont des doutes sur les raisons connexes. Cela est particulièrement vrai si la législation sur la santé mentale exige des changements importants concernant les pratiques habituelles.

6.1.3 Les ressources humaines

Dans les pays en développement, il y a de graves pénuries de professionnels de la santé mentale bien formés. Par exemple, la législation sur la santé mentale exige généralement une déclaration de la part d'un psychiatre avant l'admission involontaire à l'hôpital. Cela peut constituer un obstacle important à la mise en œuvre dans les pays en développement car les psychiatres n'existent parfois que dans les zones urbaines alors que la vaste majorité des populations vit dans les zones rurales.

6.1.4 Les questions de procédure

On se préoccupe peu de mettre en pratique les concepts juridiques et de standardiser la documentation pour en assurer la conformité avec les dispositions de la législation sur la santé mentale. Ces imperfections donnent lieu à une mise en œuvre irrégulière ou, parfois, à l'échec total de la mise en œuvre de la législation. Par exemple, un certificat type standardisé pour les cliniciens et les autres se révélera certainement utile, et les utilisateurs et leurs familles trouveront probablement utile d'avoir un formulaire standard pour faire appel contre les admissions.

6.1.5 Le manque de fonds

La vitesse et la qualité de la mise en œuvre de la législation dépendront probablement de la disponibilité de ressources financières suffisantes. Une nouvelle législation sur la santé mentale requiert généralement un passage progressif des soins en milieu institutionnel vers des soins communautaires et cela requiert un financement supplémentaire. A la longue, la réaffectation des fonds des institutions vers les établissements communautaires devient faisable. Toutefois, durant la phase de transition, il est nécessaire de faire face à des coûts doubles de fonctionnement.

Dans les pays qui ne disposent pas d'un système de santé financé par l'État, l'opposition peut venir des prestataires de soins de santé mentale qui se plaignent de l'accroissement des coûts imputables à la mise en œuvre de la législation sur la santé mentale. Dans ces pays, les familles des personnes souffrant de troubles mentaux portent le fardeau financier et, par conséquent, eux aussi risquent de se plaindre de l'accroissement des coûts résultant des changements législatifs.

6.2 Les stratégies visant à surmonter les difficultés de mise en oeuvre

Les suggestions suivantes peuvent aider à surmonter les difficultés de mise en oeuvre.

6.2.1 Les finances

Il est indispensable d'avoir des prévisions budgétaires adéquates pour mener les activités qui contribueront à la mise en œuvre rapide. Par exemple, il faut des fonds pour lancer les activités de la commission de révision, pour former les professionnels de la santé mentale à l'utilisation de la législation, et pour opérer les changements dans les services de santé mentale. Dans la plupart des cas, ces prévisions budgétaires sont incluses dans le budget de la santé générale. Toutefois, le faible rang de priorité accordé à la santé mentale contribue au détournement du budget prévu pour la santé mentale vers d'autres domaines de soins de santé. Dans de tels cas, il est important de veiller à ce que le budget pour les soins de santé mentale soit protégé et utilisé uniquement pour le but prévu. (voir *Financement de la santé mentale*.)

6.2.2 La coordination

Une autorité ou agence de coordination doit être mise en place pour surveiller la mise en œuvre de la législation sur la santé mentale. Cet organe doit avoir un calendrier, des objectifs mesurables, ainsi que des pouvoirs administratifs et financiers lui permettant de garantir une mise en œuvre rapide et efficace. Il doit être mandaté et avoir l'autorité et les ressources financières suffisantes pour :

- élaborer les règles et procédures de mise en œuvre ;
- préparer les instruments de documentation standardisés ;
- assurer convenablement la formation des professionnels de la santé mentale et l'introduction de procédures de certification, le cas échéant ;
- aborder les questions relatives aux ressources humaines, ex. : en habilitant convenablement les professionnels non médicaux de la santé mentale formés et supervisés (les infirmiers(ères), les aides-infirmiers(ères), les psychologues, les travailleurs sociaux psychiatriques) pour qu'ils jouent le rôle de spécialistes dans certaines situations.

Les pays en développement peuvent éprouver des difficultés à créer une agence de coordination en raison du manque de ressources humaines. Dans certains pays, cette responsabilité peut être assumée par les personnes chargées de la politique et du plan de santé mentale au sein du ministère de la santé, avec le concours des commissions de révision (Section 3.1.7) et des organisations de plaidoyer.

6.2.3 Large diffusion parmi les personnes atteintes de troubles mentaux, les familles et les organisations de plaidoyer

Les dispositions de la nouvelle législation doivent être diffusées parmi les acteurs importants tels que les groupes représentant les personnes atteintes de troubles mentaux, les familles de ces personnes et les organisations de plaidoyer, au moyen d'ateliers et de séminaires. Des groupes représentant les personnes atteintes de troubles mentaux sont en train d'être constitués et intensifient leurs activités dans plusieurs pays en développement, ex. : Brésil, Mexique et Ouganda. (voir *Plaidoyer en faveur de la santé mentale*). Il importe qu'ils soient inclus dans les stratégies de mise en œuvre.

6.2.4 L'éducation et la sensibilisation du public

Une campagne d'éducation et de sensibilisation du public doit être menée auprès du public pour mettre en lumière les dispositions fondamentales de la nouvelle législation et, en particulier, la raison d'être et la philosophie qui sous-tendent les changements.

6.2.5 La formation des professionnels de la santé générale, de la santé mentale et autres

La connaissance de la législation sur la santé mentale est extrêmement importante pour sa mise en œuvre correcte. Il faut encourager spécialement la formation des professionnels et du personnel de la santé générale et de la santé mentale, des agents d'exécution de la loi, des juristes, des travailleurs sociaux, des enseignants, des administrateurs de ressources humaines, etc. Les stages de formation à l'intention de groupes mixtes de professionnels de la santé générale et de la santé mentale et d'autres professionnels ne relevant pas du secteur de la santé, peuvent favoriser une meilleure compréhension de la santé mentale, des troubles mentaux et des droits humains des personnes atteintes de troubles mentaux, et peuvent aider à instaurer un langage commun entre les professionnels de diverses disciplines.

6.2.6 Comités de visites des établissements de santé mentale et procédures relatives aux plaintes et au redressement des torts

Les visites de suivi régulières des établissements de santé mentale peuvent constituer une garantie contre la détention involontaire injustifiée et la restriction des droits du malade. Les personnes chargées de la mise en œuvre de la législation doivent veiller à ce que l'organe de surveillance mette rapidement en place des comités de visites des établissements de santé mentale. En outre, il faudra mettre rapidement en œuvre les procédures relatives aux plaintes telles que stipulées dans la législation. Ces mécanismes viennent en supplément aux autres procédures générales relatives aux appels contre les décisions administratives qui violent les droits civils et humains.

Points essentiels : Mise en œuvre

- Beaucoup de pays ont une législation sur la santé mentale qui n'est pas convenablement mise en œuvre.
- Pendant la phase de rédaction et de consultation, on peut identifier les difficultés de mise en œuvre et prendre les mesures correctives concernant la législation proposée.
- Ces difficultés peuvent surgir à cause du manque de coordination dans la mise en œuvre, du manque de sensibilisation, de la rareté des ressources humaines, ainsi qu'à cause des questions de procédure et du manque de fonds.
- Une agence de coordination ayant un calendrier et des objectifs mesurables peut faciliter la mise en œuvre.
- Il faut des fonds supplémentaires pour la mise en œuvre de la législation ainsi qu'un appui budgétaire adéquat.
- Les groupes d'usagers, les familles, les soignants et leurs organisations, ainsi que les organisations de plaidoyer sont des partenaires utiles capables de contribuer à accélérer la mise en œuvre de la nouvelle législation.
- Une campagne auprès du public peut accroître la sensibilisation sur la nouvelle législation et influencer directement ou indirectement sa mise en œuvre.

7. Recommandations et conclusions

Cette section énumère les recommandations à l'intention des professionnels ou des équipes chargés de la santé mentale au ministère de la santé. Les recommandations sont censées faciliter l'élaboration d'une législation nationale sur la santé mentale. Les pays en phase initiale du processus législatif, qui ne disposent pas d'une législation sur la santé mentale (7.1) ou ne disposent que d'une législation restreinte en la matière (7.2) doivent trouver les recommandations qui suivent (7.3 et 7.4) utiles plus tard, aux stades de la rédaction, de l'adoption et de la mise en œuvre.

7.1 Recommandations aux pays qui n'ont pas de législation sur la santé mentale

1. Fixer les priorités en matière de législation sur la santé mentale conformément aux réalités du pays concerné.
2. Réviser la législation sanitaire et non sanitaire du pays afin d'identifier les endroits où les composantes prioritaires en matière de santé mentale pourront s'insérer.
3. Obtenir le soutien à la législation sur la santé mentale de la part des acteurs principaux du pays et convenir d'abord avec eux du contenu de la législation et de la stratégie de mise en œuvre.
4. Faire pression sur les membres clés de l'organe exécutif du gouvernement, des ministères, du corps législatif et des partis politiques afin d'obtenir un comité de rédaction officiellement désigné.
5. Si vous n'obtenez pas immédiatement le soutien de ces personnes, donner des moyens d'action aux organisations des usagers, aux soignants et aux autres groupes de plaidoyer, et organiser avec eux une campagne d'éducation et de sensibilisation du public afin de souligner la nécessité et la raison d'être d'une législation sur la santé mentale. (voir *Plaidoyer en faveur de la santé mentale*).

7.2 Recommandations aux pays qui ont une législation restreinte sur la santé mentale

1. Cartographier la législation sur la santé mentale existant dans le pays en question afin d'en montrer exactement les composantes.
2. Fixer les priorités concernant les nouvelles composantes de la législation sur la santé mentale par rapport à ce qui manque et aux modifications qu'il faut apporter à la législation existante.
3. S'il n'existe pas de législation particulière sur la santé mentale dans le pays, consulter les acteurs principaux afin de définir les avantages et les inconvénients liés au fait d'avoir une telle législation. Les décisions doivent être prises conformément à la situation culturelle, sociale et politique du pays. L'approche la plus efficace impliquera probablement une combinaison d'une législation particulière sur la santé mentale et des composantes intégrées dans les lois existantes.
4. Faire pression sur les membres clés de l'organe exécutif du gouvernement, les ministères, le corps législatif et les partis politiques afin d'obtenir un comité de rédaction officiellement désigné.
5. Si vous n'obtenez pas immédiatement le soutien de ces personnes, mobiliser et habiliter les organisations des usagers, les soignants et les autres groupes de plaidoyer, et organiser avec eux une campagne d'éducation et de sensibilisation du public afin de souligner la nécessité et la raison d'être d'une législation sur la santé mentale. (voir *Plaidoyer en faveur de la santé mentale*).

7.3 Recommandations aux pays ayant rédigé une législation sur la santé mentale qui n'a pas été adoptée

1. Faire pression sur les membres clés de l'organe exécutif du gouvernement, les ministères, le corps législatif et les partis politiques en vue d'envoyer le projet de législation au corps législatif et le faire avancer à travers les différentes étapes (commissions et sessions plénières).
2. Si les documents se heurtent à des blocages, mobiliser et habiliter les organisations des usagers, les soignants et les autres groupes de défense, et organiser avec eux une campagne d'éducation et de sensibilisation du public afin de souligner la nécessité et la raison d'être d'une législation sur la santé mentale. (voir *Plaidoyer en faveur de la santé mentale*).
3. Si le document rédigé continue d'être bloqué, identifier tous les points de désaccord, essayer de les aborder dans des débats et discussions supplémentaires, et réviser le document avec le comité de rédaction.

7.4 Recommandations aux pays dotés d'une législation sur la santé mentale qui n'a pas été mise en œuvre correctement

1. Cartographier les lois sur la santé mentale du pays en question et déterminer les composantes prioritaires à mettre en œuvre d'urgence.
2. Interviewer des informateurs clés et/ou des groupes de concertation comprenant des personnes atteintes de troubles mentaux, des soignants, des professionnels de la santé mentale et d'autres intervenants afin d'identifier les principaux obstacles à la bonne mise en œuvre de la législation sur la santé mentale.
3. Si l'un des obstacles est la résistance de la population due à une interprétation erronée ou à un manque d'information, mener une campagne d'éducation et de sensibilisation du public afin de souligner la nécessité et la raison d'être d'une législation sur la santé mentale. (voir *Plaidoyer en faveur de la santé mentale*).
4. Dans le cas d'un manque de personnel de la santé mentale ou de résistance de la part des groupes de professionnels, organiser des programmes de formation pour les groupes professionnels clés.
5. Si le financement est insuffisant pour créer les mécanismes requis pour appliquer la loi (ex. : plaidoyer, sensibilisation, formation, comités de visites, procédures relatives aux plaintes), créer des partenariats avec les acteurs clés. (voir *Plaidoyer en faveur de la santé mentale*).

8. Exemples de législation sur la santé mentale dans quelques pays

> Dans la plupart des zones rurales et dans de nombreuses zones urbaines plus pauvres de l'**Afrique du Sud**, il y a très peu de psychiatres ou de médecins ayant des connaissances ou de l'expérience en psychiatrie. Toutefois, il y a un certain nombre d'infirmières hautement qualifiées et expérimentées qui ont des connaissances et de l'expérience dans la pratique de la psychiatrie. Il existe aussi d'autres professionnels de la santé, ex. : des psychologues et des ergothérapeutes, qui sont capables d'évaluer l'état de santé mentale. L'ancienne législation stipulait qu'il fallait deux médecins, dont un psychiatre, pour effectuer l'examen initial en vue de la certification des personnes atteintes de troubles mentaux. La nouvelle législation a introduit la catégorie de praticiens des soins de santé mentale. Les compétences requises de ces praticiens ne sont pas inscrites dans le document législatif mais sont prescrites par le règlement. Ainsi, la législation intègre de la souplesse : à mesure que le nombre de professionnels de la santé mentale augmente, les critères d'acceptation comme praticien des soins de santé mentale peuvent être ajustés en modifiant les règlements. Grâce à ce processus, le pays a pu bâtir une législation basée sur les réalités de ses ressources humaines.

> L'OMS a donné un appui technique à la formulation de la Loi sur la santé mentale en **République de Corée** depuis 1982. Des experts internationaux ont visité le pays et des ateliers ont été organisés. Les psychiatres et administrateurs coréens ont commencé à rédiger une loi sur la santé mentale basée sur une loi japonaise de 1987. Le Ministère de la Santé et des Affaires sociales a soumis la version définitive à l'Assemblée nationale en octobre 1993. Les représentants de l'OMS ont été invités à visiter la République de Corée en mars 1994 pour examiner l'avant-projet de Loi sur la santé mentale, qui avait été approuvé par le Parlement la même année. La loi accorde aux familles un rôle important car elle autorise l'admission obligatoire des personnes atteintes de troubles mentaux dans les hôpitaux avec l'accord des membres de la famille et de psychiatres certifiés. Cela contraste avec ce qui se passe dans les pays occidentaux, où la volonté de l'individu est fortement protégée.

> La Loi publique **italienne** 180, promulguée en 1978, et la Loi sur la santé mentale de 1983 en **Angleterre et pays de Galles**, sont des exemples radicaux de passage de la garde à vue et de l'incarcération vers l'intégration et la réadaptation des personnes atteintes de troubles mentaux. Dans les deux cas, l'accent est mis sur le traitement volontaire des personnes atteintes de troubles mentaux dans la communauté et dans les établissements de santé intégrés, par opposition aux asiles d'aliénés isolés. Les malades peuvent donc s'intégrer dans la vie communautaire. Les admissions dans les pavillons psychiatriques des hôpitaux ne sont pas basées sur la perception selon laquelle les malades sont dangereux mais sur un besoin urgent de traitements qui ne peuvent être administrés que si le malade est hospitalisé.

> Dans la **Fédération de Russie**, une loi sur les soins psychiatriques a été promulguée en 1992. Elle aborde la protection des droits humains des personnes atteintes de troubles mentaux, mais n'a pas remis en question le fondement théorique et l'organisation de la prestation des soins.

> La **Loi biélorusse sur la santé mentale** de 1999 contient des déclarations importantes sur les droits humains des personnes atteintes de troubles mentaux et comporte des dispositions relatives à la prévention de l'abus d'autorité par les professionnels et autres. Elle réglemente également les admissions involontaires dans les hôpitaux et le renvoi des malades dans les cas d'urgence. Les procédures d'admission et de renvoi et leurs aspects judiciaires concordent avec le droit international généralement reconnu.

> Au **Japon**, la Loi sur la santé mentale a été promulguée en 1950. Elle encourageait le développement d'hôpitaux psychiatriques et assurait le soutien financier aux malades qui étaient admis involontairement. Cela a donné lieu à de très longs séjours à l'hôpital, à la construction de plusieurs hôpitaux psychiatriques privés et à une montée spectaculaire du nombre de lits en psychiatrie à 360 000 (29 pour 10 000 habitants). Ces chiffres figuraient parmi les plus élevés du monde.

D'aucuns se sont inquiétés de la violation des droits humains des personnes admises dans ces hôpitaux. Une nouvelle loi sur la santé mentale a été promulguée en 1987 ; elle insistait sur l'importance des droits humains des malades hospitalisés et soutenait le développement des services de soins de santé mentale communautaires. En 1993, la Loi sur le bien-être essentiel des handicapés a été promulguée et en 1994, la Loi sur les soins de santé communautaires a été promulguée. En 1995, la Loi sur la santé mentale de 1987 a été reformulée pour devenir la Loi sur la santé mentale et le bien-être ; elle encourageait le développement de services médico-sociaux au profit des personnes atteintes de troubles mentaux.

> Un service de représentation de malades, remplissant des fonctions générales, a été introduit en **Autriche**. Il assure la représentation juridique aux malades confiés par les tribunaux aux hôpitaux psychiatriques. Il fournit aux malades, à leurs familles, à leurs amis et aux autres personnes intéressées des conseils et des informations sur les droits des malades. Deux associations non lucratives dirigent le service. Elles sont chargées de former, d'orienter et de superviser les avocats des malades et sont, à leur tour, supervisées par le Ministère fédéral autrichien de la Justice. Les services de représentation des malades sont confidentiels et gratuits pour les malades. Tout malade involontaire a droit aux services d'un avocat.

> Dans la **Province du Rio Negro, en Argentine**, une loi sur la santé mentale, promulguée en 1991, a consolidé une transformation profonde des services psychiatriques en soins dans les communautés et dans les centres hospitaliers qui avait commencé en 1985. Entre 1991 et 1993, le nombre de professionnels et d'employés travaillant dans les équipes communautaires de santé mentale a augmenté d'environ 50%. La participation des membres des familles, des amis et des volontaires communautaires dans les activités thérapeutiques, comme stipulée dans la loi, a augmenté de façon spectaculaire, et les effectifs de professionnels de la santé mentale et d'employés travaillant dans les centres hospitaliers a augmenté de 25% (Cohen, 1995).

> Le **Pakistan** a récemment promulgué une nouvelle législation sur la santé mentale par l'Ordonnance 2001 relative à la santé mentale, qui a remplacé le Décret relatif à l'aliénation mentale de 1912. La nouvelle législation met l'accent sur la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux, et encourage les soins communautaires. On espère qu'elle permettra de fixer les normes nationales relatives aux soins et au traitement des malades et qu'elle permettra au public de mieux comprendre les problèmes de santé mentale.

> A **Trinidad et Tobago**, une législation appropriée à l'époque a été promulguée en 1975. Le pays a adopté un nouveau plan de santé mentale en mars 2000. Par la suite, le gouvernement a désigné un comité, présidé par le Directeur des services juridiques du Ministère de la Santé, pour rédiger une nouvelle loi sur la santé mentale. Le comité a produit un avant-projet de législation qui est présentement en circulation parmi les acteurs clefs pour recueillir leurs observations. Après cette phase, l'avant-projet de législation sera transmis au Cabinet, qui décidera alors d'un délai pour son inclusion dans le programme législatif.

> La **Tunisie** a promulgué, en 1992, une loi réglementant les soins de santé mentale. Les conditions suivantes doivent être remplies préalablement à l'admission et au traitement involontaires des personnes dans les établissements de santé mentale : a) les personnes souffrent de troubles mentaux nécessitant des soins immédiats ; b) les personnes sont incapables de donner leur consentement éclairé ; c) les personnes constituent un risque pour leur propre sécurité ou pour celle d'autres personnes. Les décisions sont prises et révisées par une autorité judiciaire et sont basées sur les recommandations de deux médecins, dont au moins un est psychiatre. L'admission involontaire est initialement limitée à trois mois. Les personnes qui sont involontairement admises ont le droit de faire appel contre de telles décisions.

La même loi contient des sections qui garantissent aux personnes atteintes de troubles mentaux le droit d'exercer tous leurs droits civils, économiques et culturels à moins qu'elles ne soient placées sous la responsabilité d'un tuteur. Un conseil de révision présidé par un juge et comprenant un psychiatre et des représentants des autorités locales est chargé de réviser périodiquement les cas de toutes les personnes admises involontairement dans les établissements de santé mentale. Le conseil doit également effectuer des inspections régulières de tous les établissements de santé mentale.

Une large gamme de lois permet de promouvoir la santé mentale et d'éviter les troubles mentaux. Ainsi :

- (1) la psychiatrie a été récemment ajoutée à la liste des priorités médicales, avec des incitations financières pour encourager les spécialistes à s'installer dans le pays ;
- (2) la consommation de la drogue a été interdite depuis 1956 mais un amendement récent a autorisé le traitement des toxicomanies et de la dépendance ;
- (3) la réadaptation des personnes atteintes de troubles mentaux est facilitée par une loi qui réserve aux personnes handicapés 1% de tous les postes dans les entreprises comptant 100 employés ou plus ;
- (4) les soins de santé mentale sont garantis aux prisonniers ;
- (5) la législation protège les droits de l'enfant ;
- (6) la législation favorise l'égalité des sexes grâce à des dispositions relatives à l'institution du divorce légal, la reconnaissance du droit des époux à demander le divorce, la fixation d'un âge minimum pour le mariage des femmes, l'éducation obligatoire de tous les garçons et filles et la garantie de l'égalité d'accès à l'emploi.

> En **Chine** la rédaction a duré plus de 16 ans. L'actuel avant-projet, qui est la treizième version, contient des sections sur : la protection des droits civils, notamment les droits à l'emploi et à l'éducation des personnes atteintes de troubles mentaux ; le consentement éclairé ; la confidentialité ; l'hospitalisation ou le traitement volontaires et involontaires ; la réadaptation et les services communautaires de santé mentale ; la promotion de la santé mentale ; et la prévention des troubles mentaux. De nombreux

intervenants considèrent que la législation sur la santé mentale traite uniquement des soins, du traitement et de la prestation de services au sein d'un établissement. Il y a une résistance au changement de la part des professionnels et du système de santé établi. Beaucoup de professionnels craignent que la promulgation d'une nouvelle législation n'augmente leur risque de se faire reprocher les échecs du système par les malades et leurs parents. Par conséquent, les professionnels tels que les psychiatres et les infirmiers(ères), potentiellement les adeptes les plus enthousiastes de la nouvelle législation, demeurent indifférents au problème. Depuis 1998, des efforts ont été déployés pour accélérer le processus d'adoption d'une législation sur la santé mentale. Au nombre des activités menées en 2002 figuraient des enquêtes et des activités de recherche pour identifier les principaux problèmes et obstacles confrontés au pays en matière de santé mentale, les études sur les composantes de la législation dans les pays socialement et culturellement semblables à la Chine, ainsi que les efforts pour créer un consensus pour le changement (Dr Xie Bin, communication personnelle, 2002).

Définitions

Capacité / Il s'agit précisément de la présence d'aptitudes physiques, affectives et cognitives à prendre des décisions ou à se lancer dans un plan d'action.

Compétence / Il s'agit précisément des conséquences juridiques de l'absence de capacité. Toutefois, certains commentateurs définissent la capacité comme l'aptitude à faire un choix éclairé concernant une décision particulière, et définissent la compétence comme l'aptitude à traiter et à comprendre des informations et à prendre des décisions uniquement sur cette base.

Législation consolidée sur la santé mentale / Toutes les questions importantes pour les personnes atteintes de troubles mentaux, c'est-à-dire, la santé mentale, la santé générale et les domaines non sanitaires sont incluses dans un document législatif unique.

Discrimination / Dénégation arbitraire, aux personnes atteintes de troubles mentaux, des droits qui sont reconnus aux autres citoyens. Les lois n'établissent pas une discrimination active contre les personnes atteintes de troubles mentaux mais elles leur imposent des obstacles ou des fardeaux indécents et inutiles.

Législation dispersée sur la santé mentale / Une stratégie qui consiste à insérer des dispositions relatives aux troubles mentaux dans la législation relative à des domaines particuliers. La législation s'applique à toutes les personnes, notamment celles atteintes de troubles mentaux.

Règlements / Un ensemble de règles qui ne font pas partie de la législation mais sont basées sur certains principes qui y figurent. La procédure de formulation de ces règlements est décrite dans la législation.

Références

1. Arjonilla S, Parada IM, Pelcastre B (2000) Cuando la salud mental se convierte en una prioridad. [Quand la santé mentale devient une priorité]. *Salud Mental*, 23(5):35-40. En Espagnol.
2. Bowden P (1995) Psychiatry and criminal proceedings. In: Chiswick D, Cope R, eds. *Seminars in practical forensic psychiatry*. London: Royal College of Psychiatrists.
3. Cohen H, Natella G (1995) *Trabajar en salud mental, la desmanicomialización en Rio Negro [Travail sur la santé mentale, la désinstitutionalisation au Rio Negro]*. Buenos Aires: Lugar Editorial. En Espagnol.
4. *Psichiatrie communautaire en Italie*. Giordano Invernizzi, <http://www.pol-it.org>
5. Council of Europe (1994) *Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe Recommandation 1235 sur la Psychiatrie et les Droits de l'homme*. Conseil de l'Europe.
6. Pan American Health Organization/World Health Organization (1990) *Declaration of Caracas, adopted at the Regional Conference on the Restructuring of Psychiatric Care in Latin America*, Convened in Caracas, Venezuela. PAHO/WHO.
7. World Psychiatric Association (1996) *Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice*. World Psychiatric Association. <http://www.wpanet.org>
8. Edwards G, et al. (1997) *Alcohol policy and the public good*. Oxford: Oxford University Press.
9. Harrison K (1995) Patients in the community. *New Law Journal* 276:145.
10. Jegede RO, Williams AO, Sijuwola AO (1985) Recent developments in the care, treatment and rehabilitation of the chronic mentally ill in Nigeria. *Hospital and Community Psychiatry* 36:658-61.
11. Kirmayer LJ, Brass GM, Tait CL (2000) The mental health of aboriginal peoples: Transformations of identity and community. *Canadian Journal of Psychiatry* 45:607-16.
12. Swanson JW, et al. (2000) Involuntary outpatient commitment and reduction in violent behaviour in persons with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry* 176:324-31.
13. Swartz MS, et al. (1999) Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism? Findings from a randomised trial with severely mentally ill individuals. *American Journal of Psychiatry* 156:1968-75.
14. Thomas T (1995) Supervision registers for mentally disordered people. *New Law Journal* 145:565.

- | | |
|---|--|
| <p>15. United Nations (1991) <i>Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care (Resolution 46/119)</i>. New York: United Nations General Assembly.</p> <p>16. United Nations (1993) <i>The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities, United Nations General Assembly, Resolution 48/96</i>. New York: United Nations General Assembly.</p> <p>17. United Nations (1966) <i>International Covenant on Civil and Political Rights (Resolution 2200A (XXI))</i>. New York: United Nations General Assembly.</p> <p>18. United Nations (1966) <i>International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, United Nations General Assembly Resolution 2200A (XXI)</i>. New York: United Nations General Assembly.</p> <p>19. Wachenfeld M (1992) The human rights of the mentally ill in Europe under the European Convention on Human Rights. <i>Nordic Journal of International Law</i> 107:292.</p> <p>20. World Health Organization (1996a) <i>Guidelines for the promotion of human rights of persons with mental disorders</i>. Geneva: World Health Organization.</p> <p>21. World Health Organization (1996b) <i>Mental health care law: ten basic principles</i>. Geneva: World Health Organization.</p> <p>22. World Health Organization (1996c) <i>Global action for the improvement of mental health care: policies and strategies</i>. Geneva: World Health Organization.</p> <p>23. World Health Organization (1997a) <i>A focus on women</i>. Geneva: World Health Organization.</p> <p>24. World Health Organization (1997b) <i>Organization of care in psychiatry of the elderly: a technical consensus statement</i>. Geneva: World Health Organization.</p> <p>25. World Health Organization (2001) <i>Atlas: Mental health resources in the world, 2001</i>. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence.</p> | |
|---|--|