
Chapitre 18

Aspects juridiques et éthiques du double diagnostic

Patricia Peppin

Objectifs d'apprentissage

Introduction

Le lecteur sera en mesure de :

1. Décrire comment la loi évolue et se modifie;
2. Prendre conscience des dimensions éthiques sous-jacentes à la législation affectant les personnes à double diagnostic;
3. Identifier les questions juridiques essentielles découlant d'un double diagnostic;
4. Comprendre comment la loi s'applique aux situations particulières impliquant les personnes à double diagnostic.

Nous présentons dans ce chapitre diverses questions juridiques et éthiques qui peuvent surgir lorsqu'une personne fait l'objet d'un diagnostic de trouble psychiatrique et d'une déficience de développement. Dans la première section, nous décrivons brièvement comment la loi se développe, pour définir le contexte de la discussion qui suivra. Dans la seconde section, nous examinons les valeurs sous-jacentes de la loi. Le concept d'égalité permet un examen des désavantages auxquels sont exposées dans la société les personnes à double diagnostic. Dans la troisième section, nous examinons comment comprendre ce qu'est le double diagnostic, avec un examen des théories de la discrimination. Dans la dernière section, nous analysons les conséquences juridiques spécifiques,

particulièrement applicables aux personnes à double diagnostic. Ce chapitre permettra au lecteur d'acquérir une connaissance générale de ces questions juridiques. Du fait de l'évolution de la loi, et parce que toute situation spécifique peut soulever d'autres questions, il conviendrait de consulter un conseiller juridique à l'égard de tout cas spécifique.

Interprétation de la loi

Dans la société canadienne, la loi découle d'une variété de sources. Il est important de comprendre les sources de la loi pour apprécier comment la loi évolue au cours du temps et comment une loi peut faire l'objet d'une réforme d'une manière logique. Ceci est particulièrement important pour l'étude des applications de la loi aux personnes à double diagnostic, du fait de leurs besoins et des problèmes qui pourraient les conduire à avoir plus de contact avec la loi que d'autres membres de la société.

La loi découle de décisions faisant autorité, prises par des acteurs légitimes appartenant aux trois branches de gouvernement – pouvoir législatif, pouvoir judiciaire et pouvoir exécutif. La loi formulée par les juges est ce qu'on appelle la common law. La loi peut prohiber des activités, comme c'est le code pénal à l'égard des activités criminelles. Cette capacité de la loi à définir les limites de l'action légitime des personnes qui y sont assujetties repose sur la nature autoritaire de la loi, et sur les mécanismes d'application de ses prohibitions. Le second rôle de la loi est de permettre des activités. C'est la certitude que confère la loi et l'éventuel recours à la force pour son application qui permet aux gens d'organiser leurs affaires.

Les valeurs, la loi et le double diagnostic

1. Valeurs

La loi est fondée sur des valeurs, et nous devons déterminer ce que sont les valeurs pour pouvoir comprendre la loi. Certaines valeurs sont reflétées dans la loi, tandis que d'autres valeurs ne sont pas

touchées par des lois particulières.

Les auteurs du domaine de la bioéthique ont identifié quatre principes d'éthique importants quant à la prise de décisions dans ce domaine. Il s'agit des suivants : *l'autonomie, la bienfaisance (la création d'avantage), la non-malfaisance (l'absence de détriment), et la justice* (Beauchamp & Walters, 1989). On attribue parfois à des valeurs similaires des noms différents, et une signification quelque peu différente dans divers domaines de la loi - comme le droit de la responsabilité civile, le droit pénal et la Charte canadienne des droits et libertés. On présente ces termes similaires dans la liste ci-dessous :

- autonomie / liberté / liberté de conscience et de religion
- bienfaisance / meilleurs intérêts / protection
- non-malfaisance / absence de détriment / inviolabilité physique / sécurité de la personne
- égalité / justice substantielle ou fondamentale / justice formelle

Certaines des valeurs mentionnées ci-dessus sont des droits fondamentaux de la personne. Les droits de la personne sont applicables à chacun dans la société, et ils peuvent être considérés comme une expression des droits et libertés définis sur la base de notre humanité fondamentale. Chacune de ces valeurs est fondée sur le concept selon lequel chaque personne possède certains droits et libertés de base, et que la loi devrait protéger ces droits et libertés. Certains droits sont également des droits collectifs. Les droits sont exprimés et protégés par l'intermédiaire de la Charte canadienne des droits et libertés incorporée à la constitution canadienne, par la législation sur les droits de la personne, par les lois internationales applicables et la Déclaration universelle des droits de l'homme (proclamée par les Nations Unies en 1948).

Les valeurs mentionnées ci-dessus constituent également la base de la protection juridique par l'intermédiaire d'autres types de loi. Le droit de la responsabilité civile permet aux personnes d'obtenir une compensation lorsque leurs intérêts ont été violés par les actes préjudiciables d'autres personnes. L'objet du droit de la respon-

sabilité civile est également de dissuader les auteurs potentiels d'actions qui provoqueraient un détriment. Par exemple, si une personne touche intentionnellement une autre personne sans son consentement, ceci est considéré comme une violence grave. Le fait qu'une action judiciaire peut être instituée signifie que la personne dont l'intégrité corporelle a été enfreinte peut être indemnisée. De même, l'un des objectifs de la loi est que la possibilité d'action judiciaire dissuade les auteurs potentiels de violations.

Des conflits à l'égard des valeurs peuvent surgir dans de nombreux domaines de la santé et des services sociaux, comme le savent les gens qui travaillent dans ces domaines. Un tel conflit surgit lorsque le désir (des prestataires de soins) de protéger certaines personnes entre en conflit avec les droits d'autonomie et d'inviolabilité physique des personnes concernées. La prévention et la dissuasion des détriments dont des tiers pourraient souffrir – l'objet sous-jacent du système de justice pénale ainsi que du droit de la responsabilité civile – sont des valeurs qui peuvent manifester des conflits avec les droits fondamentaux de la personne, ceci incluant les droits formulés dans la section 7 de la Charte : « droits de vie, liberté et sécurité de la personne », et le droit de ne pas en être privé « sauf dans le cadre d'un processus conforme aux principes de la justice fondamentale. » Certains droits conférés par la Charte sont également sujets à limitation, car le gouvernement peut justifier la limitation de certains droits sur la base du fait qu'il s'agit de limitations raisonnables dans une société libre et démocratique. L'application totale d'une valeur peut être impossible sans empiétement sur d'autres valeurs.

2. Égalité

Les dispositions sur l'égalité de la Charte stipulent que chaque personne jouit du droit d'être traitée équitablement et sans discrimination – sur la base de déficience mentale ou physique, ou d'autres raisons. Chacun des deux facteurs impliqués dans un double diagnostic – déficience psychiatrique et déficience de développement – peut être considéré comme appartenant à la catégorie « incapacité mentale ». Les décisions qui ont été

adoptées en vertu de la section « égalité » de la Charte indiquent que l'inégalité peut se manifester dans des conditions de désavantage, identifiées par un désavantage historique, des stéréotypes et des préjugés.

L'égalité est définie en termes généraux dans la loi canadienne pour que ce concept s'applique aux effets de l'action, et non pas seulement à une intention. L'égalité formelle protège les droits au niveau de la procédure, comme le droit d'être traité équitablement devant la loi. Le principe d'égalité au niveau des effets signifie que le résultat du comportement pourrait lui-même ne pas donner lieu à l'inégalité. Par exemple, les personnes qui doivent se déplacer en fauteuil roulant et qui souhaiteraient assister à une représentation dans une salle de spectacle accessible seulement par un escalier ne font l'objet d'aucune discrimination (en ce sens que personne ne les empêche d'une manière formelle d'atteindre le sommet de l'escalier), mais il est clair que ces personnes ne peuvent matérialiser leur statut égalitaire en termes des effets qu'après avoir effectivement atteint le sommet de l'escalier. L'interprétation des effets négatifs confère une plus grande protection pour les droits fondamentaux. La législation anti-discrimination et la Charte procurent un soutien vital pour le respect et la dignité auxquels chacun a droit et pour le droit de ne pas faire l'objet d'une discrimination (Rioux & Frazee, 1999).

Si nous utilisons le « miroir » de l'égalité pour examiner la situation des personnes à double diagnostic, nous constatons de nombreux indices d'inégalité.

Incompétence mentale

Jusqu'à récemment dans la plupart des provinces canadiennes, une déclaration judiciaire de l'état d'incompétence mentale d'une personne avait des conséquences étendues. Il s'agissait d'une détermination très généralisante qui touchait à de nombreux domaines. La personne mentalement incompétente était placée sous la tutelle d'un tuteur et perdait le droit de prendre toute décision financière ou personnelle importante. La personne perdait

essentiellement son statut d'adulte face à la loi. Du fait de modifications de la législation adoptées dans certaines provinces, dont l'Ontario, les personnes dont la capacité mentale est limitée dans certains domaines de leur vie peuvent être déclarées incompetentes à l'égard des tâches correspondantes, mais peuvent être considérées comme demeurant compétentes pour les autres tâches. Par exemple, une personne dont aucune incapacité n'est reconnue dans un domaine de son entretien personnel peut continuer à prendre les décisions relatives à ce domaine, tandis que les décisions relatives à un autre domaine pour lequel la personne a été déclarée incapable, seront prises par un décideur substitué. La juridiction parens patriae (littéralement, parent de la patrie) intervient devant les tribunaux à l'égard des déclarations d'incompétence mentale. C'est l'építome du paternalisme, qui contient des éléments de la mise sous tutelle et du contrôle, avec les éléments de la responsabilité et de la prise en charge. La juridiction parens patriae produit d'importants avantages pour les personnes dont la capacité mentale est insuffisante, mais ce n'est que récemment qu'elle a été adoucie à l'égard des droits de la personne, avec la reconnaissance du fait que son application doit être limitée à des domaines appropriés. Les amendements des lois ontariennes Loi sur le consentement aux soins de santé et Loi sur la prise de décisions au nom d'autrui découlent d'un long processus qui incluait une analyse détaillée des droits des personnes affectées de déficiences mentales.

Institutionnalisation

L'institutionnalisation est également un instrument à double tranchant qui apportait des avantages et des services de soin et de soutien non disponibles ailleurs, et qui suscitait aussi des désavantages significatifs intrinsèques dans un environnement fermé. La reconnaissance du potentiel de pratiques abusives dans un environnement fermé (Dykeman, 1999) et la sensibilisation croissante à l'égard des effets préjudiciables de l'isolation par rapport aux modes de vie communautaires (Wolfensberger, 1972; Radford & Park, 1999) ont conduit à une réduction de la taille des institutions et à un transfert massif des personnes affectées d'une déficience de

développement depuis des institutions de grande et moyenne taille vers des foyers de groupe, institutions plus petites et environnements familiaux. Le mouvement de désinstitutionnalisation et de normalisation a tenté de créer un environnement de vie dans la communauté qui amplifierait les possibilités de normalisation et le développement du potentiel individuel des personnes concernées.

Les personnes affectées de déficiences de développement qui ont quitté les institutions de grande taille de l'Ontario pour s'établir dans diverses catégories de résidences de type communautaire ont bénéficié d'options de résidence considérablement meilleures que celles proposées aux personnes quittant les établissements psychiatriques, où une attitude de laisser-faire a prévalu (Simmons, 1990; Drassinower & Levine, 1995). Les personnes affectées par les deux types de déficience devraient, en théorie, bénéficier des options des deux systèmes, mais il est plus probable que leur cas illustrera les lacunes du système des services sociaux pour les membres de cette population, l'incapacité à proposer des services utiles pour tous les aspects de cette situation, et la façon dont les services destinés aux personnes affectées d'un problème de santé mentale et d'une déficience de développement ont été organisés du point de vue bureaucratique.

Reproduction et sexualité

Les législations eugéniques de l'Alberta et de la Colombie-Britannique, adoptées en 1928 et 1933 et qui sont demeurées en vigueur jusqu'en 1972 et 1973 respectivement, concernaient clairement le contrôle de la reproduction et de la vie sexuelle. Durant la période de 44 ans durant laquelle la loi albertaine admettait la stérilisation eugénique, des autorisations de stérilisation ont été délivrées pour 2 822 personnes, dont beaucoup n'avaient pas atteint l'âge de la puberté (Robertson, annexe dans Muir c. Alberta, 1996). Après 1933, la législation albertaine faisait la distinction entre une personne psychotique – dont le consentement était nécessaire avant sa stérilisation, et une personne « mentalement défectueuse » – dont aucun consentement était nécessaire. Les femmes considérées comme mentalement déficientes étaient parti-

culièrement ciblées par la législation, parce qu'elles étaient considérées comme la source des cas de « faiblesse d'esprit » (Goundry, 1994; Simmons, 1982). La loi ciblait également d'autres groupes considérés comme socialement indésirables, dont les pauvres et les immigrants appartenant à des groupes culturels minoritaires (Robertson, annexe dans Muir c. Alberta, 1996). Le procès Muir c. Alberta a permis l'indemnisation de la plaignante pour sa stérilisation forcée, décision qui avait été fondée sur des motifs erronés et qui n'avait pas été adoptée dans le respect de la loi et des procédures gouvernementales. Le cas de Leilani Muir, bien qu'il ne soit pas typique de ces situations dans lesquelles des décisions autoritaires ont été prises en conformité avec la loi, a ouvert la voie pour l'indemnisation d'autres personnes qui avaient été stérilisées.

Dans la décision Eve, la Cour suprême du Canada déclarait que les tribunaux ne pouvaient pas utiliser la juridiction parens patriae pour autoriser la stérilisation non-thérapeutique (aux fins de contraception) d'une personne mentalement incapable de décider par elle-même de se soumettre à cette opération (Peppin, 1989 - 1990). La Cour était consciente des antécédents du contrôle des personnes affectées d'une déficience mentale par l'intermédiaire du contrôle de la reproduction, en particulier des atrocités commises par les Nazis. La Cour décida de ne pas autoriser la stérilisation contraceptive sur la base des droits de la personne concernée et désapprouva le principe de la limitation de l'intégrité corporelle d'une femme mentalement aliénée, la limitation de ses droits de procréation, et l'emploi d'une opération intrusive, irréversible et non thérapeutique à laquelle elle ne pouvait consentir par elle-même. Bien que cette décision ait fait l'objet d'éloges pour sa reconnaissance des droits des personnes affectées d'une déficience mentale, elle a également fait l'objet de fortes critiques pour ses défaillances fondamentales, comme le fait qu'elle ne tenait pas suffisamment compte de l'intérêt véritable de la personne concernée et de l'éventuelle désirabilité de la stérilisation contraceptive demandée en vertu de la juridiction parens patriae (Re F, 1987, H.L.; Shone, 1987; Peppin, 1989 - 1990; Olesen, 1994). La législation ontarienne sur le consentement

au traitement laisse cette décision intacte lorsqu'elle indique que la loi n'est pas applicable à l'autorisation d'une stérilisation qui n'est pas médicalement nécessaire. Comme une option de contraception à long terme est maintenant disponible, sous la forme de la médication Depo-Provera, les questions juridiques spécifiques soulevées par le cas Eve sont devenues cliniquement moins pressantes même si les critères utilisés par la Cour suprême du Canada demeurent d'actualité à l'égard des opérations « non-thérapeutiques » en général. La section « égalité » de la Charte, à laquelle la Cour suprême n'a pas recouru parce qu'elle n'était pas encore en vigueur lorsque l'action judiciaire Eve a été lancée, serait sans doute prise en considération dans toute cause ultérieure touchant à ce domaine.

Sexualité et violence sexuelle

Les travaux de recherche révèlent un niveau élevé de violence (ceci incluant les violences sexuelles) contre les femmes affectées d'une déficience (Goundry, 1994). La sexualité est sujette à contrôle et devient un sujet de préoccupation dans un environnement institutionnel, particulièrement lorsque des comportements non consensuels assimilables à des coups et blessures ou à de mauvais traitements peuvent prendre place (McSherry & Somerville, 1998; Mossman, Perlin & Dorfman, 1997). Ces actes non consensuels peuvent être perpétrés par des résidents ou par des membres du personnel de l'établissement. McCreary et Thompson ont mis en évidence l'étroite relation entre le fait d'avoir été la victime de pratiques abusives et le fait de devenir l'auteur d'un délit sexuel (1999). La prévalence d'abus sexuels subis durant l'enfance chez les patients psychiatriques est un facteur connexe significatif (Dykeman, 1999).

Stéréotypes

La vie des personnes affectées d'une déficience de développement demeure caractérisée par les stéréotypes et la stigmatisation. Le juge du procès Muir a indiqué que les dommages suscités par la stérilisation de la plaignante avaient été aggravés par sa

stigmatisation illégitime comme débile profonde ou personne affectée d'une déficience mentale profonde, qui était la source d'humiliations quotidiennes dans ses relations avec son entourage (famille, amis et employeurs). Il est intéressant de noter que la stigmatisation était considérée comme illégitime dans son cas parce que la province n'avait pas respecté ses propres procédures, pratiques, exigences statutaires lorsqu'elle l'avait institutionnalisée et stérilisée. Cette stigmatisation persiste de nos jours à l'égard des personnes perçues comme présentant une déficience; on peut en trouver facilement des exemples dans les conversations de certains enfants, adolescents et adultes qui utilisent des termes du vocabulaire des déficiences mentales dans l'expression de l'irrespect.

Compréhension du double diagnostic

La littérature académique sur les déficiences fait la distinction entre la déficience physique et sa construction sociale. La déficience ne produit pas nécessairement une perte de pouvoir ou d'autonomie, des stéréotypes, des préjugés et des désavantages. La déficience est un concept multidimensionnel, qui s'exprime au niveau du corps, de la personne et de la société (Bickenbach, 1993). Le contexte dans lequel une personne vit sa déficience inclut la construction sociale de cette déficience, c'est-à-dire, la manière dont les membres de la culture prévalente considèrent une personne affectée d'une déficience, y compris la personne déficiente elle-même. Lorsque nous tentons de comprendre la situation des gens affectés d'une double déficience, il est vital qu'on les entende relater eux-mêmes leurs expériences. Comme Goundry (1994) l'a noté, « les femmes affectées d'une déficience ont remarqué plusieurs questions sociales importantes qui ont une influence particulière dans leur vie, et elles ont décrit les barrières systémiques qui entravent leurs aspirations d'égalité; ceci inclut la violence, l'image de soi, la reproduction, élever des enfants, l'emploi, la pauvreté et la sexualité (entre autres), facteurs qui ont des significations particulières pour de nombreuses femmes atteintes de déficiences – des significations que l'on commence seulement à aborder dans la littérature » (Goundry, 1994, p. 1).

Dans un contexte biologique on tente de développer une

compréhension du double diagnostic au sein d'un cadre éthique qui est de plus en plus affecté par l'évolution de notre compréhension de la biologie. Tandis que des innovations de la génétique développent notre compréhension du corps humain et de son évolution, il semble qu'il demeure nécessaire de rappeler à la société les limitations de l'approche scientifique. La réduction des comportements humains aux gènes et le fait de vouloir tirer des gènes toutes les réponses concernant les différences entre les humains sont deux aspects « inquiétants » de ce processus (Lippman, 1993). Même si la génétique et la biochimie contribuent à notre compréhension des déficiences, les gènes ne sont pas les seuls facteurs déterminants de la vie d'une personne.

Dans un contexte social, la réaction face au besoin d'une personne simplement sur la base de son intérêt véritable ne suffit pas si elle ne prend pas en compte l'ordre social qui produit la situation de désavantage dont la personne souffre. Si une théorie juridique ou psychiatrique est centrée sur le comportement individuel, tandis qu'elle exclut le contexte social dans lequel le comportement s'est développé, on peut la considérer comme déficiente. On doit considérer la capacité d'une personne à prendre des décisions d'une manière autonome dans le contexte de la société, ceci incluant sa structure d'inégalité politique (Edelman, 1980; Weinberg, 1988; Minow, 1990; Sherwin, 1992).

Il importe d'ailleurs de soumettre les structures sociales elles-mêmes à la critique, en se concentrant sur le pouvoir et les droits qui caractérisent les relations humaines (Minow, 1990; Duclos (maintenant Iyer), 1993; Razack, 1994). Par exemple, Sherene Razack (1994) a analysé les phénomènes de violence sexuelle contre les femmes et les jeunes filles affectées d'une déficience de développement. Selon elle, on doit considérer les relations comme des arrangements sociaux qui définissent des groupes comme dominants et subordonnés, et que ces constructions produisent des effets par interaction dans toutes les dimensions sociales : sexe, incapacité et âge.

Dans un contexte psychologique, en présence de plusieurs facteurs

d'inégalité et de désavantage, comme une déficience de développement et une maladie mentale, les interactions peuvent se manifester selon des modes complexes. Les déficiences peuvent se renforcer mutuellement, et peuvent évoluer dans des directions différentes ou simplement s'additionner pour produire un plus grand effet. Lorsqu'on considère la nature de l'inégalité et de la discrimination, il est important d'analyser les interactions entre les facteurs et d'en tenir compte. Pour une personne à double diagnostic, les autres facteurs de renforcement ou d'atténuation, comme son sexe, sa race, son âge, son orientation sexuelle, etc., peuvent avoir un effet sur sa situation juridique et sociale. Chacun de ces facteurs peut réduire ou augmenter le pouvoir d'une personne par rapport à d'autres personnes se trouvant dans une situation similaire (Razack, 1994).

Questions juridiques affectant les personnes à double diagnostic

Des questions juridiques spécifiques peuvent surgir lorsque chez une personne présentant un trouble du développement, on diagnostique également un trouble psychiatrique. Pour toute personne, la gamme des questions peut inclure : *l'accès aux services, le droit de décision à l'égard d'un traitement, et la prise de décision par une autre personne dans le cas d'un retard mental qui empêche la prise de décision, les violences et pratiques abusives, les violences commises par la personne contre elle-même ou contre d'autres personnes, l'engagement involontaire, la restriction et la participation à des expériences et travaux de recherche.* Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive, et on s'intéresse particulièrement aux questions portant sur des services sociaux et les soins dont la personne a besoin.

1. Accès aux services

Les personnes à double diagnostic peuvent affronter des difficultés d'obtention des traitements appropriés pour leurs deux affections. Ceci peut survenir lorsqu'une personne se trouve en quelque sorte à la jonction entre les domaines de compétence de deux systèmes de service, comme le ministère de la Santé et des soins de longue durée et le ministère des Services sociaux et communautaires. De même, une personne qui s'est trouvée en conflit avec la loi peut être incarcérée dans un établissement provincial ou fédéral, où des services de spécialiste peuvent être ou ne pas être disponibles.

Le droit sur la négligence impose certaines normes de performance aux personnes qui ont une obligation de diligence à l'égard d'une autre personne. Le non-respect de l'obligation de diligence à l'égard d'un traitement constitue une négligence, et ceci conduit à une indemnisation par dommages-intérêts si la négligence a suscité un dommage prévisible. Ceci conduit à une discussion du mode de détermination de l'obligation de diligence, et de son application dans un contexte de prestation de services. Il s'agit de questions particulièrement complexes parce qu'il y a peu de praticiens dans le domaine du double diagnostic, et parce que souvent de nombreux prestataires de services sont impliqués. Les auteurs d'une étude américaine ont examiné les services de soutien social et traitement dispensés aux personnes à double diagnostic et ils ont constaté que le niveau de prestation des services était insuffisant, avec une pharmacothérapie excessive et la mise en œuvre de pharmacothérapies que le diagnostic ne justifiait pas (Thomas, 1994). Des problèmes similaires ont été observés en Ontario. Nous souhaitons qu'une plus grande sensibilisation par les professionnels et prestataires de soins à l'égard de ces questions puisse améliorer les conditions de traitement des personnes affectées d'une déficience de développement dans le secteur de la santé mentale.

À l'occasion du récent procès Eldridge c. Colombie-Britannique (1997), la Cour suprême du Canada a décidé que la décision de rejet du financement d'interprètes du langage des signes dans les hôpitaux par une autorité constituait une discrimination sur la base

des déficiences, parce qu'ainsi une personne mal entendante ne pouvait accéder d'une manière égalitaire aux services de santé disponibles à chacun, et que ceci constituait une violation des droits à l'égalité conférés au plaignant par la Charte. Cette décision sur l'accès à des services aura probablement des conséquences considérables pour les personnes affectées d'une déficience.

2. Droit de décision à l'égard d'un traitement

Les législations ontariennes Loi sur le consentement aux soins de santé et Loi sur la prise de décisions au nom d'autrui régissent la prise des décisions à l'égard des traitements médicaux. La loi définit d'une manière très large la notion de « traitement », de même que les types de praticiens qui peuvent dispenser des traitements, principalement sur la base d'une sélection des professions actuellement assujetties à une réglementation en vertu de la législation ontarienne sur les professions réglementées du domaine de la santé. Une décision de traitement valide est une décision prise volontairement par une personne bien informée, qu'il s'agisse d'une personne capable ou d'un décideur substitut, en l'absence de toute fraude ou représentation fallacieuse. Chaque personne est présumée capable, et c'est seulement lorsque des motifs légitimes sont invoqués quant à la capacité, qu'une évaluation de la capacité de la personne a lieu. Le facteur déterminant de la capacité mentale est évalué sur la base de la capacité à comprendre l'information dont le processus de décision implique la prise en compte, et de la capacité à apprécier les conséquences raisonnablement prévisibles de la décision ou de l'absence de décision. Pour qu'une personne soit considérée comme mentalement capable, il faut que les deux capacités cognitives soient présentes. La capacité est évaluée à un instant particulier à l'égard d'une décision particulière.

Un tribunal peut nommer un tuteur qui interviendra au nom d'une personne mentalement incapable, à l'égard de la gestion de ses biens et finances et des soins à lui dispenser. Un tuteur peut être nommé avec compétence pour un ou plusieurs domaines de prise de décision, domaines pour lesquels la personne concernée a été

déclarée incapable, tandis que la personne conserve tous ses pouvoirs décisionnels à l'égard de tout autre domaine. Les tuteurs nommés par les tribunaux doivent agir en conformité avec les principes de la législation.

Un décideur substitué peut prendre des décisions de traitement à l'égard d'une personne affectée d'une déficience de développement qui se trouve incapable de prendre lesdites décisions de traitement. La législation inclut un classement prioritaire des décideurs substitués potentiels, et généralement la personne nommée est celle qui figure le plus près de la tête de liste et qui est disponible, d'âge légal et mentalement capable, et qui accepte d'assumer cette fonction. Un tuteur nommé avec prérogative de prise des décisions de traitement figure en tête de liste, suivi par un procureur au soin de la personne, autorisé à prendre les décisions de traitement par procuration relative au soin de la personne, puis par un représentant nommé par la Commission de révision du consentement et de la capacité, un conjoint ou conjoint de fait, un parent ou un enfant de plus de 16 ans, le parent qui a la garde d'un enfant, un frère ou une sœur, et finalement un autre membre de la famille (par le sang, par mariage ou par adoption). Si aucune personne de cette liste n'est disponible ou accepte d'assumer la fonction de décideur substitué, le tuteur et curateur public (TCP), un fonctionnaire gouvernemental, assume la fonction de décideur substitué. Il s'agit d'une disposition importante pour les personnes âgées ou personnes institutionnalisées affectées d'une déficience, garantissant que ces personnes ne seront pas privées d'accès aux services même si personne dans leur cercle social ou familial n'est disponible pour intervenir comme décideur substitué. Le tuteur et curateur public doit également intervenir comme décideur si un décideur substitué autorisé à agir par la loi ne prend pas une décision.

La décision d'un décideur substitué doit être prise en conformité avec les principes de la Loi sur le consentement aux soins de santé. Le décideur substitué doit décider sur la base des souhaits exprimés par la personne concernée lorsqu'elle était capable de le faire (alors qu'elle était âgée d'au moins 16 ans). Le décideur substitué doit se conformer aux souhaits ainsi antérieurement exprimés par

la personne capable et âgée de plus de 16 ans, pour autant que cela ne soit pas impossible. Si la personne n'avait exprimé aucun souhait lorsqu'elle était capable et âgée de plus de 16 ans, le décideur substitut doit décider sur la base de l'intérêt véritable de la personne mentalement incapable. Aux fins de la détermination de l'intérêt véritable de la personne concernée, la loi exige que le décideur substitut prenne en compte les facteurs suivants : (i) les valeurs et croyances que la personne concernée manifestait quand elle était capable, à l'égard de la décision spécifique à prendre; (ii) les souhaits exprimés par la personne alors qu'elle est incapable; (iii) les facteurs de risque/avantages, incluant l'amélioration que devrait produire le traitement proposé, la prévention ou le ralentissement d'une détérioration physique, l'éventuelle disponibilité d'un traitement moins restrictif ou intrusif qui pourrait être bénéfique, et l'évaluation risques/avantages. On peut exprimer comme suit les bases de la décision par un décideur substitut : les souhaits formulés, ou en leur absence l'intérêt véritable. L'exigence que la décision soit prise sur la base des souhaits de la personne et l'exigence d'inclusion du critère de l'intérêt véritable incorporant le contexte et les valeurs adoptées par la personne concernée, sont des facteurs importants de la protection de l'autonomie de chacun.

La reconnaissance d'une procuration relative au soin de la personne est un autre moyen de protection de l'autonomie. Une personne capable de le faire peut demander une procuration relative au soin de la personne en nommant son propre décideur substitut en cas d'incapacité ultérieure. Des souhaits spécifiques peuvent également être formulés dans ce document définissant le mandat, si la personne est capable de prendre la décision particulière concernée.

La législation inclut également des droits afférents à la procédure, ceci incluant le droit d'appel devant la Commission de révision du consentement et de la capacité, et ensuite devant les tribunaux. L'accès aux conseils adéquats à l'égard de l'exercice des droits est un aspect important de tout système affectant les droits individuels, comme le système de santé mentale des admissions involontaires des ordonnances de traitement dans la communauté, et le

dispositif de prise de décisions à l'égard des traitements. Si les personnes assujetties à la loi n'ont pas connaissance de leurs droits, ceux-ci ne peuvent être exercés. Il convient également que le décideur substitut qui doit intervenir au nom d'une personne mentalement incapable ait également connaissance de ses responsabilités. En l'absence de cette connaissance, le décideur substitut pourrait sans le savoir violer les droits d'autonomie de la personne concernée et ne pas agir selon son véritable intérêt. « *Les interventions de défense de cause, la protection et la représentation pour les personnes à double diagnostic nécessitent une compréhension approfondie de cette population et de ses droits, parce que ces personnes ont des difficultés à comprendre les mécanismes juridiques disponibles pour l'exercice de leurs droits* » (Bersoff, Glass & Blain, 1994, p. 60). Des conseillers spécialistes des droits sont disponibles dans les établissements psychiatriques de l'Ontario, y compris dans les hôpitaux publics avec départements de psychiatrie. Les professionnels de la santé qui proposent un traitement ont l'obligation d'informer la personne concernée des droits qui lui sont conférés par la législation sur le consentement, en conformité avec les normes adoptées par leur profession, et ils ont également l'obligation d'informer un décideur substitut de ses responsabilités et des facteurs (définis ci-dessus) que la loi impose à un décideur substitut de prendre en considération pour chaque décision (A.M. c. Benes, 1999, Ont. C.A.). Les lois provinciales sont également assujetties aux dispositions de la Charte canadienne des droits et libertés.

3. Situations de crise

La violence pratiquée par d'autres sur une personne affectée d'une déficience de développement, les comportements d'auto-mutilation et les violences de ces personnes à l'égard d'autres personnes, sont des incidents sérieux qui ont également une dimension juridique. Des sections spécifiques de la Loi sur le consentement aux soins de santé traitent des situations d'urgence nécessitant un traitement immédiat pour la prévention de graves dommages corporels ou de souffrances intenses.

Les violences et pratiques abusives envers des adultes vulnérables

comme les personnes à double diagnostic constituaient l'une des préoccupations du gouvernement qui ont conduit aux modifications de la législation régissant le consentement au traitement et les décisions par décideur substitut. La Loi sur la prise de décisions au nom d'autrui contient des dispositions importantes applicables dans les cas où il semblerait qu'une personne apparemment incapable fasse l'objet de négligence ou de pratique abusive. Le tuteur et curateur public a l'obligation d'enquêter sur les allégations à l'effet qu'une personne subit ou pourrait subir des effets néfastes graves, éventuellement du fait d'une incapacité mentale. La notion « d'effets néfastes graves » est définie pour cette partie de la loi comme « grave blessure ou lésion, ou privation de liberté ou de la sécurité personnelle ». Une telle enquête peut conduire à une ordonnance de tutelle provisoire désignant le TCP comme tuteur provisoire, et peut également conduire à l'appréhension de la personne concernée.

La fonction de ce mécanisme est de porter à l'attention des responsables gouvernementaux les situations de pratique abusive, de négligence et de comportement d'auto-mutilation auxquelles une incapacité mentale contribue. Le TCP jouit dans ces cas d'un droit d'entrée exerçable dans certaines conditions, qui lui permet de déterminer si la personne est incapable et d'évaluer la situation dans laquelle des effets néfastes peuvent survenir. L'intervention n'est permise que dans ces circonstances limitées.

Lorsqu'on doit décider du mode d'action appropriée dans une situation de crise, on doit déterminer s'il existe une obligation de diligence. Il a été admis que les établissements de soins ont une obligation de diligence à l'égard des personnes, une obligation de fournir un environnement sécurisé aux patients (Stewart c. Extencicare Ltd.), et une obligation de contrôle et de supervision des patients psychiatriques pour que ceux-ci ne puissent infliger des dommages à des tiers dans l'hôpital (Lawson c. Wellesley Hospital) ou à des tiers hors de l'établissement, lorsque ces tiers ont une relation de proximité suffisante et « sont exposés à un risque de danger du fait de la nature d'un patient particulier » (Wenden c. Trikha, 1991, p. 157). Les professionnels de la santé qui ont établi une relation avec une personne ont une

obligation de diligence à son égard (Picard & Robertson, 1996). D'autres obligations peuvent également être imposées à d'autres prestataires de soins. Un médecin a l'obligation d'appliquer à un niveau raisonnable les compétences et les connaissances que possèdent normalement les professionnels dans ce contexte. Les spécialistes – comme les psychiatres – doivent se conformer aux normes applicables aux spécialistes, tout comme les personnes qui ne sont pas officiellement déclarées « spécialistes » mais qui se présentent comme possédant le même degré de compétence. Dans les situations manifestant un risque évident, un tribunal peut décider que le niveau de diligence applicable devra être plus élevé que celui formulé par les normes professionnelles (ter Neuzen c. Korn, 1995).

Les situations décrites ci-dessus sont des situations de crise. Dans une situation de crise, une évaluation par un psychiatre devrait inclure la prise en compte du potentiel de manifestation d'un comportement dangereux et les moyens de le gérer. Si des mesures sont proposées pour la limitation du comportement dangereux d'une personne à l'égard d'autres personnes, comme les comportements de pyromanie ou agression sexuelle, il est important de demander quelles mesures ont été adoptées pour la réduction du risque, dont les mesures destinées à prévenir les événements susceptibles de conduire à de telles violences. S'il est raisonnable de penser que le risque n'est pas sous contrôle, il conviendrait de se poser des questions sur la nature de l'obligation de diligence à l'égard de la personne imposée au psychiatre et à tout établissement médical, et quels sont l'obligation de diligence et les critères applicables à l'égard des membres de la communauté où vit la personne.

Lors de l'évaluation des éléments de risque pour la personne concernée et pour d'autres personnes, il est important de tenir compte de la propre perspective de la personne, ceci incluant sa compréhension de la situation et si elle accepterait d'avertir les membres de l'entourage afin de minimiser le risque. Dans certaines circonstances, un tribunal peut décider qu'il existe une obligation d'avertir les personnes potentiellement exposées, de la part du professionnel traitant. Dans une activité de planification à long

terme, il serait important d'envisager les effets de toute alternative sur les possibilités de participation de la personne au bon fonctionnement d'une expérience de vie dans la communauté. Le domaine de la gestion de crise est l'un de ceux pour lesquels il est particulièrement important d'obtenir un avis juridique.

L'obligation de contrôle d'une autre personne est un aspect de l'obligation de diligence en droit de la responsabilité civile. Lorsqu'une obligation de diligence existe, ou lorsqu'une relation particulière concrétise cette obligation de protection ou de contrôle, un tribunal exigera le respect de certaines normes pour la protection de la personne concernée ou d'autres personnes contre d'éventuels dommages. Par exemple, le tenancier d'un restaurant ou d'un bar ne doit pas servir des boissons alcoolisées à un client au-delà d'un certain point, afin que le client concerné ne puisse provoquer des dommages qui affecteraient le client lui-même ou des tiers (p. ex., en conduisant un véhicule). La Loi sur le consentement aux soins de santé n'affecte pas l'obligation jurisprudentielle de restrainte ou de séquestration d'une personne lorsqu'une action immédiate est nécessaire pour la prévention de graves dommages corporels que pourrait subir la personne concernée (ou d'autres personnes).

L'obligation de restrainte ou de contrôle entre en conflit avec les droits de sécurité et d'inviolabilité physique de la personne, et également avec les droits d'autonomie de la personne, qui sont protégés par le droit de la responsabilité civile et par la Charte canadienne des droits et libertés. Les mesures mises en œuvre pour séquestrer une personne ou restreindre ses mouvements doivent être raisonnables et légalement autorisées (Conway c. Fleming, 1999).

La section 12 de la Charte prohibe les « traitements ou peines cruels et inusités ». Certains pensent que cette section serait applicable à la législation qui permet des décisions autorisant des mesures intrusives comme la thérapie par électrochoc, choc électrique consécutif, et autres thérapies aversives (Kaiser, 1986; Weagant & Griffiths, 1988). Les lois et les directives appliquées dans les établissements de soins reflètent également ces

interactions entre les droits. Par exemple, toute directive gouvernementale sur la modification de comportement ou la restriction physique ou chimique aurait d'importantes implications pour la palette de mesures admissibles ou nécessaires. On peut également se demander si une telle mesure intrusive satisfait les normes de la profession, et si une décision a été prise par une personne bien informée.

La qualification de procédures intrusives comme « procédures thérapeutiques » donne lieu à controverse. Weagant et Griffiths (1988) ont demandé si la mesure particulière de conditionnement aversif appelée électrochoc consécutif peut être considérée comme un traitement, alors qu'elle est utilisée comme punition en situation de crise. Dans ce cas, les auteurs suggèrent que la limitation des procédures non thérapeutiques appliquées à une personne mentalement incapable – tel que ceci a été défini dans la décision de la Cour suprême du Canada dans la cause *Eve* – serait applicable au choc électrique consécutif, et qu'ainsi cette mesure n'est disponible que sur consentement de la personne concernée. De plus, les auteurs suggèrent que les sections 12 et 7 de la Charte offrent de solides arguments pour la prévention de l'emploi de chocs électriques consécutifs sur une personne non consentante.

Une nouvelle loi de l'Ontario a pour objet de réduire le recours à des procédés de restriction physiques ou chimiques et à des dispositifs de surveillance / suivi pour la prévention des dommages corporels. La *Loi sur la réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les malades* (2001) a été introduite (projet de loi proposé par un membre de la Chambre) par l'ancien ministre de la Santé Frances Lankin, qui avait constaté l'utilisation d'accessoires de restriction sur sa mère de 88 ans alors même que la famille avait exprimé le désir qu'aucune restriction ne soit utilisée (Priest, 2001). Dans des entrevues avec des journalistes du *Globe and Mail* de Toronto, des chercheurs ont indiqué que le Canada figure parmi les pays où on utilise le plus les mesures de restriction, et que ceci peut susciter une utilisation inappropriée de ces mesures comme solutions de problèmes imputables à l'insuffisance des effectifs, alors que d'autres options sont disponibles et que ces dispositifs de

restreinte peuvent eux-mêmes provoquer des blessures (Priest, 2001).

L'objectif exprimé de la loi est de minimiser l'utilisation des restraints et d'inciter les responsables des hôpitaux et des établissements de soins à utiliser d'autres méthodes de contrôle plus douces chaque fois que c'est possible, s'il semble nécessaire de restreindre les mouvements d'un patient pour éviter des blessures pour le patient ou d'autres personnes. Les règlements connexes de la nouvelle loi stipuleront les détails nécessaires pour la mise en œuvre de la législation. « Restreindre » signifie « placer la personne sous contrôle par la mise en œuvre minimale de force, de moyen mécanique ou chimique raisonnable, compte tenu de l'état physique et mental de la personne ». La loi régit également l'utilisation de dispositifs de surveillance destinés à empêcher des dommages corporels que pourrait subir la personne (ou d'autres personnes); elle est applicable dans les hôpitaux privés et publics et aux établissements et organismes mentionnés dans le règlement; cependant, cette loi n'est pas applicable lorsque la Loi sur la santé mentale est applicable à l'emploi de mesures de restrainte sur les patients ou autres personnes dans les établissements psychiatriques.

Seul un médecin ou une autre personne spécifiée dans les règlements peut ordonner l'emploi de restrainte, l'internement ou des dispositifs de surveillance. L'utilisation des mesures de restrainte, l'internement ou les dispositifs de surveillance par un hôpital ou un autre établissement doit satisfaire aux critères de la loi ou être couverte par l'obligation jurisprudentielle imposée à un prestataire de soins d'interner ou de restreindre une personne lorsqu'une action immédiate est nécessaire pour la prévention de dommages corporels que pourrait subir la personne (ou d'autres personnes). Les critères statutaires autorisant l'emploi de la restrainte sont classés en deux catégories – optimisation de la liberté/de la qualité de vie ou prévention de dommages corporels sérieux. Dans les deux cas, l'utilisation de la restrainte doit être nécessaire pour la prévention de graves dommages corporels que pourrait subir la personne (ou d'autres personnes), et tout critère réglementaire doit être satisfait. Dans le cas de l'optimisation de la

liberté ou de la qualité de vie, la restreinte doit réaliser cet objectif et elle doit être autorisée par un plan de traitement ayant donné lieu à un consentement. Les responsables des hôpitaux et établissements de soins doivent mettre en place les règles internes appropriées et les faire respecter, ceci incluant les règles d'incitation à l'emploi de mesures moins coercitives, et l'obligation d'assurer la surveillance adéquate des patients et de dispenser la formation adéquate au personnel.

À l'occasion d'une étude portant sur les personnes à double diagnostic et « l'administration forcée de psychotropes à des patients mentaux admis volontairement et non volontairement en dehors du système de justice pénale », on a constaté que les tribunaux américains prenaient en considération la sécurité des hôpitaux d'état, particulièrement lorsque le patient était incapable (Bersoff, Glass & Blain, 1994). Pour éviter des procédures d'inquisition judiciaire en vertu de la constitution des États-Unis, les auteurs recommandaient l'emploi de traitements psychologiques moins intrusifs – comme thérapie de groupe et motivation par distribution de « bons points » – pour les traitements et pour la sécurité des patients et des membres du personnel dans les établissements de traitement, et recommandaient que ces mesures ne soient pas utilisées à des fins punitives.

Ordonnances de traitement psychiatrique et traitement dans la communauté

Le gouvernement provincial a adopté des révisions de la Loi sur la santé mentale (mises en vigueur le 1^{er} décembre 2000) ayant pour objet l'équilibre entre les droits, besoins et responsabilités de la société et des personnes (Witmer, 2000). Le ministre de la Santé Elizabeth Witmer a également tiré parti du mouvement de désinstitutionnalisation pour justifier la création d'ordonnances de traitement communautaire.

Les critères de la Loi sur la santé mentale concernant la demande d'évaluation psychiatrique et l'admission involontaire ont été assouplis avec la suppression de l'exigence que le danger anticipé soit « imminent ». Lorsqu'un médecin souhaite demander une

évaluation psychiatrique, les critères de la Loi sur la santé mentale exigent que le résultat de l'examen d'un médecin révèle une cause raisonnable portant à suspecter un risque (tentative ou menace) d'auto-mutilation ou de comportement violent, ou une menace de dommages corporels pour une autre personne, ou révèle l'incompétence du sujet pour prendre soin de lui-même, plus un trouble mental apparent qui pourrait probablement susciter de graves dommages corporels pour la personne ou une autre personne, ou révèle aussi une sérieuse déficience physique affectant la personne. L'admission psychiatrique involontaire nécessite la détermination d'un trouble mental plus l'une des prédictions résultantes, sauf si la personne est déjà internée dans un établissement psychiatrique, et que la personne ne puisse être admise comme patient volontaire ou informel. La législation amendée facilite l'envoi d'une personne à un établissement psychiatrique pour y subir un examen psychiatrique. L'admission involontaire est devenue obligatoire si les critères sont satisfaits, plutôt que simplement sur la base de ce qui est permis. De ce fait, les médecins ne peuvent plus exercer leur jugement à cet égard. Il est possible de procéder à l'admission involontaire d'une personne à l'occasion d'un examen psychiatrique si elle a été traitée dans le passé pour une maladie qui pourrait avoir de sérieux effets si elle demeurait non traitée, si les autres facteurs suivants sont vérifiés : a) le traitement antérieur a produit une amélioration clinique, b) le trouble mental est identique, c) l'affection ou maladie produira probablement des effets sérieux (graves dommages corporels, détérioration ou déficience), d) la personne n'est pas mentalement compétente pour formuler un consentement pour le traitement dans un établissement psychiatrique, et un consentement est formulé par le décideur substitut, e) en cas d'admission psychiatrique, le processus d'admission informelle ou volontaire ne convient pas.

Dans ces circonstances, un médecin peut émettre une « ordonnance de traitement dans la communauté » (OTC) si certains autres critères sont satisfaits : besoin de poursuite de traitement ou soins et supervision dans la communauté; admission ou OTC antérieure durant une certaine période; examen durant les 72 dernières heures sur la base duquel les critères d'une demande d'évaluation psychiatrique ont été satisfaits; prévision de sérieux

effets corporels en cas de carence de ces traitements/soins et de supervision; possibilité de respect/exécution de l'OTC; un plan; et une consultation. La personne concernée ou son décideur substitut doit avoir consenti à l'OTC, et l'accès à un conseiller doit avoir été fourni ou décliné. La loi stipule que la personne concernée doit se conformer à l'ordonnance et se présenter devant le médecin.

La Loi sur le consentement aux soins de santé est applicable aux ordonnances de traitement dans la communauté, en plus des traitements d'une manière générale. Les souhaits *exprimés* antérieurement par un adulte capable prévaudront encore lorsqu'ils sont clairs, mais une personne qui n'avait pas exprimé antérieurement ses désirs alors qu'elle en était capable, sera traitée conformément à la décision du décideur substitut agissant pour les meilleurs intérêts de la personne. En ce qui concerne la protection des droits conférés par la Charte, un conseiller juridique pourrait attaquer cette loi dans plusieurs domaines, comme : a) préférence de traitement, b) exercice de contrainte sous la forme d'obligation d'acceptation d'un traitement, c) menace de réadmission dans un établissement psychiatrique et d) assouplissement de la norme applicable à l'évaluation psychiatrique involontaire. Les questions difficiles concernant la mise en œuvre de ces modifications des règles n'ont pas encore été abordées, incluant la fourniture de ressources communautaires suffisantes.

Expérimentation et recherche

Au Canada, les activités de recherche sur des sujets humains sont régies par un ensemble de lois et directives. La common law exige que les chercheurs se conforment à la norme de « divulgation franche et complète », tandis que la loi sur la négligence est applicable aux aspects de conception, autorisation et exécution de ces recherches. L'Énoncé de politique des trois Conseils a été adopté par les trois conseils de recherches financés par le gouvernement fédéral, et il est applicable aux recherches financées par ces organismes. L'Énoncé de politique des trois Conseils, qui n'est qu'une déclaration et n'a pas le statut d'une loi, est interprété et appliqué par les Comités d'éthique pour la recherche dans les établissements de soins, chargés de l'examen des protocoles de

recherche conformément aux normes éthiques et juridiques. L'absence de processus d'accréditation des Comités d'éthique pour la recherche est une déficience de ce système. En vertu d'une nouvelle réglementation fédérale, le gouvernement fédéral est habilité à superviser les tests cliniques des médicaments dispensés sur ordonnance aux fins de la protection des sujets humains et du respect des normes établies. De même, le rôle des Comités d'éthique pour la recherche est reconnu. L'Énoncé de politique des trois Conseils stipule qu'aucune personne ne doit être empêchée, purement sur la base de la capacité mentale, de participer à un programme de recherche qui pourrait avoir des effets potentiellement bénéfiques pour elle ou pour le groupe auquel elle appartient. Ceci est un changement par comparaison à un point de vue antérieur qui considérait la recherche comme potentiellement dangereuse, avec la reconnaissance des effets bénéfiques de la participation aux projets de recherche, dont l'accès précoce à des médicaments expérimentaux.

Conclusion

Nous avons examiné dans ce chapitre les aspects éthiques et juridiques applicables aux cas de double diagnostic. Nous avons particulièrement examiné en détail le sujet de l'égalité, avec des discussions sur la détermination des critères d'égalité en cas de superposition de deux déficiences mentales. Cette coïncidence affecte leur position au sein de la sphère constitutionnelle et de la société canadienne, car depuis longtemps ces deux problèmes sont causes de stigmatisation sociale, d'invasion physique et de privation de pouvoir. Nous avons ensuite examiné des conséquences juridiques spécifiques du double diagnostic.

Il est nécessaire que les futurs professionnels des domaines de la santé et des services sociaux comprennent les lois applicables à leurs prestations de services professionnels et à la situation de leurs clients. Le succès de la mise en œuvre de toute loi dépend de son application et de sa compréhension par des praticiens des services de santé. Nous avons également besoin d'obtenir plus d'information de la part des personnes ainsi diagnostiquées pour que nous puissions tous en apprendre plus sur les effets des lois dans leur vie.

Savez-vous? / Connaissez-vous?

1. Quelles situations pourraient être modifiées pour mieux garantir l'égalité des personnes à double diagnostic?
2. Dans quelles situations peut-on constater des conflits affectant les droits fondamentaux des personnes à double diagnostic?
3. Décrire trois situations dans lesquelles la loi affecterait une personne à double diagnostic; montrer comment la loi s'appliquerait dans ces situations.

Ressources

- Brown, I. & Percy, M. (Eds.). (1999). *Developmental disabilities in Ontario*. Toronto: Front Porch Publishing.
- Downie, J. & Caulfield, T. (Eds.). (1999). *Canadian health law and policy*. Toronto: Butterworths.
- Gordon, R. M. & Verdun-Jones, S. N. (1992). *Adult guardianship law*. Toronto: Carswell.
- Picard, E.I. & Robertson, G. B. (1996). *Legal liability of doctors and hospitals in Canada*. (3rd Ed). Toronto: Carswell.
- Sneiderman, B., Irvine, J. C., & Osborne, P. H. (1995) *Canadian medical law*. (2nd Ed). Toronto: Carswell.
- Robertson, G.B. (1987). *Mental disability and the law in Canada*. Toronto: Carswell.

Quelques sites Internet utiles :

www.attorneygeneral.jus.gov.on.ca/html/LEGIS/legis.htm
Lois de l'Ontario

www.attorneygeneral.jus.gov.on.ca/html/PGT/pgthome.htm
Bureau du tuteur et curateur public général

www.acjnet.org/
Réseau d'accès à la Justice

Références

- Appelbaum, P. (1994). *Almost a revolution: Mental health law and the limits of change*. Oxford, UK : Oxford University Press.
- Arboleda-Florez, J. (1996). *Mental illness and violence: proof or stereotype?* Ottawa: Health Canada.
- Bay, M. (1993). Implementing competency legislation for health care. *Health Law in Canada*, 14, 35.
- Beauchamp, T.L. & Walters, L. (Eds.). (1989). *Contemporary Issues in Bioethics*. (3rd Ed.) Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company.
- Bersoff, D., Glass, D., & Blain, N. (1994). Legal issues in the assessment and treatment of individuals with dual diagnoses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 55-62.
- Bickenbach, J. (1993). *Physical disability and social policy*. Toronto: University of Toronto Press.
- Brown, I. & Percy, M. (Eds.). (1999). *Developmental disabilities in Ontario*. Toronto: Front Porch Publishing.
- Drassinower, M. & Levine, S. (1995). More sinned against than sinning: housing, mental illness and disability. *Windsor Review of Legal & Social Issues*, 5, 91-156.
- Dykeman, M.J. (1999-00). Addressing systemic issues in women's mental health: An inquest into the death of Cinderella Allalouf. *Journal of Women's Health and Law*, 1, 15-30.
- Duclos, N. (1993). Disappearing women: Racial minority women in human rights cases. *Canadian Journal of Women and the Law*, 6, 25.
- Edelman, M. (1980). Law and psychiatry as political symbolism. *International Journal of Law and Psychiatry*, 3, 235-244.
- Field, M.A. & Sanchez, V.A. (1999). *Equal treatment for people with mental retardation: having and raising children*. Cambridge, UK: Harvard University Press.

- Goundry, S.A. (1994). *Women, disability and the law: Identifying barriers to equality in the law of non-consensual sterilization, child welfare and sexual assault*. Canadian Disability Rights Council: Winnipeg, Man.
- Johnston, S.J. & Hoalstead, S. (2000). Forensic issues in intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry*, 13, 475-480.
- Kaiser, H.A. (1986). Electroconvulsive therapy as "cruel and unusual treatment or punishment". *Health Law in Canada*, 7, 35-51.
- Lippman, A. (1993). Worrying – and worrying about – the geneticization of reproduction and health. In G. Basen, M. Eichler & A. Lippman (Eds.), *Misconceptions*. (pp. 39-65). Hull, P.Q.: Voyageur Publishing.
- McCreary, B.D. & Thompson, J. (1999). Psychiatric aspects of sexual abuse involving persons with developmental disabilities. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 350-355.
- McSherry, B. & Somerville, M. (1998). Sexual activity among institutionalized persons in need of special care. *Windsor Yearbook of Access to Justice*, 16, 90.
- Minow, M. (1990). *Making all the difference*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Mossman, D., Perlin, M. & Dorfman, D. (1997). Sex on the wards: Conundra for clinicians. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 25, 441.
- Olesen, C.M. (1994). Eve and the forbidden fruit: Reflections on a feminist methodology. *Dalhousie Journal of Legal Studies*, 3, 231-240.
- Peppin, P. (1989-90). Justice and care: mental disability and sterilization decisions. *Canadian Human Rights Yearbook* 65-112.
- Peppin, P. (1994). Power and disadvantage in medical relationships. *Texas Journal of Women and the Law*, 3, 221-263.
- Peppin, P. & Baker, D. (1999). Entitlements in four areas of law. In I. Brown & M. Percy (Eds.), *Developmental disabilities in Ontario* (pp. 67-82). Toronto, ON: Front Porch Publishing.
- Priest, L. (2001, July 28). When patients turn into prisoners. *Globe and Mail*, p. A2.

- Radford, J.P. & Park, D.C. (1999). Historical overview of developmental disabilities in Ontario. In I. Brown & M. Percy (Eds.), *Developmental disabilities in Ontario*. (pp. 1-16). Toronto: Front Porch Publishing,
- Razack, S. (1994). From consent to responsibility, from pity to respect: Subtexts in cases of sexual violence involving girls and women with developmental disabilities. *Law & Social Inquiry*, 19, 891-922.
- Rioux, M.H. & Frazee, C.L. (1999). Rights and freedoms. In I. Brown, & M. Percy (Eds.), *Developmental disabilities in Ontario* (pp. 59-66). Toronto: Front Porch Publishing.
- Robertson, G.B. (1996). Appendix to Muir v. Alberta. (1996), 36 Alta. L. R. (3d) 30s (Q.B.)
- Sherwin, S. (1992) *No longer patient*. Philadelphia: Temple University Press.
- Shone, M.A. (1987). Mental health – sterilization of mentally retarded persons – parens patriae power: Re Eve. *Canadian Bar Review*, 66, 635.
- Simmons, H.G. (1982). *From asylum to welfare*. Downsview, Ont.: National Institute on Mental Retardation.
- Simmons, H.G. (1990). Mental-health policy in Ontario compared to policy for persons with developmental handicaps. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 9, 163-176.
- Thomas, J. R. (1994). Quality care for individuals with dual diagnosis: The legal and ethical imperative to provide qualified staff. *Mental Retardation*, 32, 356-361.
- Weagant, B. & Griffiths, D.M. (1988). Legal advocacy and the use of aversives. In G. Allan Roeher Institute (Ed.), *The language of pain: Perspectives on behaviour management* (pp. 115-130). Toronto, ON: G. Allan Roeher Institute.
- Weinberg, J.K. (1988). Autonomy as a different voice: Women, disabilities, and decisions. In M. Fine & A. Asch (Eds.), *Women with disabilities: Essays in psychology, culture, and politics* (pp. 269-296). Philadelphia: Temple University Press.
- Witmer, E. (Hon.) (2000). Speech to the XXVth Congress of the

International Academy of Law and Mental Health, July 12, 2000, Siena, Italy (notes on file with the author).

Wolfensberger, W. (1972). *The principle of normalization in human services*. Downsview, Ont.: National Institute on Mental Retardation.

Décisions judiciaires :

A.M. v. Benes (1999), 46 O.R. (3d) 271 (C.A.).

Abela v. Rajan, [1992] O.J. No. 1590 (Gen. Div.).

Clark v. Clark (1983), 40 O.R. (2d) 383 (Co. Ct.).

Conway v. Fleming (1999), 43 O.R. (3d) (Div. Ct.).

Crocker v. Sundance Northwest Resorts Ltd. (1988), 44 C.C.L.T 225 (S.C.C.).

Eldridge v. British Columbia (Attorney General), [1997] S.C.J. No. 86.

Eve v. Mrs. E., [1986] 2 S.C.R. 388.

Fleming v. Reid (1991) 4 O.R. (3d) 74 (C.A.).

Lawson v. Wellesley Hospital (1975) 61 D.L.R. (3d) 445 (Ont. C.A.), aff'd [1978] 1 S.C.R. 893.

Morgentaler v. The Queen, [1988] S.C.J. No. 1.

Muir v. Alberta (1996), 36 Alta. L.R. (3d) 305 (Q.B.).

Re F., [1989] 2 W.L.R. 1063 (H.L.).

Rodriguez v. British Columbia (Attorney General), [1963]

S.C.J. No. 94.

Stewart v. Extendicare Ltd., [1986] 4 W.W.R. 559 (Sask. Q.B.).

ter Neuzen v. Korn (1995), 127 D.L.R. (4th) 577 (S.C.C.).

Wenden v. Trikha, [1991] 8 C.C.L.T. 2d 138 (Alta. Q.B.), aff'd (1993), 14 C.C.L.T. (2d) 225 (Alta. C.A.).

Lois :

Charte canadienne des droits et libertés, Partie I de la Loi constitutionnelle de 1982, annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (U.K.), 1982, c. 11.

Loi sur le consentement aux soins de santé. L.O. 1996, c. 2 (Sch. A), telle qu'amendée.

Loi sur la santé mentale, L.R.O. 1990, c. M.7, as am.

Loi sur la réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les malades L.O. 2001, c. 16.

Loi sur la prise de décisions au nom d'autrui L.O. 1992, c. 30, telle qu'amendée.

Remerciements :

Je tiens à remercier Sara Guild et Litza Anderson pour l'excellente aide qu'elles ont apportée à nos recherches. Certaines parties de cet article ont été présentées à l'occasion du XXIV^e congrès de l'Académie internationale «Droit et santé mentale» à Toronto, Ontario en juillet 1999, dans le cadre d'une session conjointe incluant des articles présentés par Dr Bruce McCreary et Dr Phil Burge. Je les remercie sincèrement, de même que mes collègues Sheila Noonan, Rosemary King et Stan Corbett, pour les discussions qui ont eu lieu sur ces questions.