

**LABORATOIRE DE RECHERCHE SUR LES PRATIQUES
ET LES POLITIQUES SOCIALES**

CAHIERS DU LAREPPS

No 01-07

**Les droits de la personne
et la situation des organismes du tiers secteur
en santé mentale de la Saskatchewan**

par

Yussuf Kly et Luc Thériault, University de Regina

École de travail social
Université du Québec à Montréal

© LAREPPS/UQAM
août 2001

Dépôt légal — Bibliothèque nationale du Québec, 2001
Dépôt légal — Bibliothèque nationale du Canada, 2001

ISSN 1490-8069

AVANT-PROPOS

Yussuf N. Kly est professeur à l'École de criminologie de l'Université de Regina. Luc Thériault est professeur adjoint à la Faculté de travail social de la même université.

Cette recherche a été financée par le Développement des ressources humaines du Canada (DRHC) dans le cadre des travaux de l'équipe Économie sociale, santé et bien-être en Saskatchewan.

Le présent texte est une traduction de la version originale anglaise parue en mai 2001 à l'Université de Regina sous le titre *Human Rights and the Situation of Third Sector Mental Health NGOs in Saskatchewan*. Nous tenons à exprimer notre gratitude à nos assistantes de recherche, Nicole Eddy et Sandra Payne, ainsi qu'aux directrices et directeurs d'organismes du tiers secteur qui ont contribué à la réalisation de cette étude. Enfin, nos remerciements vont à Geneviève Laurier, de Traductions à la page, pour son aide dans la préparation de la version française de ce rapport de recherche.

RÉSUMÉ

Au printemps 2000, l'unité de recherche en politiques sociales de la Faculté de travail social de l'Université de Regina a étudié certains segments des organismes non gouvernementaux (ONG) en santé mentale de la Saskatchewan. Cet exercice avait pour but de découvrir le rôle que jouent les ONG dans la prestation des services essentiels en santé mentale, leurs principales difficultés, leurs sources de financement et leur relation avec le gouvernement provincial. L'étude suggère que la principale problématique des ONG – offrir des services adaptés à la grande diversité géoculturelle de la province dans un contexte de financement insuffisant et soumis à des contraintes inappropriées – pourrait être facilitée en orientant la politique sociale de façon à ce qu'elle incite le gouvernement à s'acquitter de ses obligations sur le plan des droits de la personne. La possibilité de l'existence d'un lien complémentaire entre la satisfaction des besoins sociaux et la mise en application des droits de la personne a été en outre établie.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1. Méthodologie	3
2. Définitions des principaux termes	4
3. Les régions sondées	5
4. Classification selon la source de financement	8
5. Résultats de l'enquête	8
6. Résultats de l'enquête et droits de la personne	10
7. Obligations légales et morales prévues par le Pacte	14
8. Résultats du sondage et non-respect des droits de la personne	16
9. L'approche des droits de la personne	18
CONCLUSION	22
BIBLIOGRAPHIE	23
ANNEXE	26

INTRODUCTION

La Saskatchewan est une province canadienne peu peuplée, particulièrement dans le Nord où l'on trouve moins de 50 000 habitants éparpillés sur un territoire de plus de 960 000 km², soit près de la moitié de la superficie de la province¹.

Le Grand Nord est peuplé presque exclusivement de nations autochtones, tandis que les autres régions de la province sont habitées par des personnes de différentes origines ethniques, qui assurent leur subsistance grâce à un vaste éventail d'activités économiques, notamment l'agriculture, l'exploitation minière et les activités manufacturières. La population de la Saskatchewan se chiffre à près d'un million d'habitants. Sur le plan démographique, la province a un ratio de dépendance élevé et, selon les prévisions, ce ratio devrait augmenter dans les prochaines années².

Au cours des deux dernières décennies, on a pu observer dans bon nombre de pays occidentaux industrialisés un important virage sur le plan du soutien des services aux personnes par les gouvernements. Au Canada, les tendances amorcées par le gouvernement Mulroney dans les années 1980, à l'instar des gouvernements de Reagan et de Thatcher, se sont poursuivies jusqu'à la fin des années 1990. Trois élections consécutives se sont articulées autour de la question du budget équilibré. En Saskatchewan, berceau de l'assurance-maladie au Canada, le gouvernement social-démocrate (NPD) a privatisé la Potash Corporation of Saskatchewan (Société de la potasse), vendu ses parts dans le projet Husky Heavy Oil Upgrader de Lloydminster et changé considérablement le visage de l'assurance-maladie en réduisant le nombre des effectifs et de lits d'hôpitaux (surtout dans les régions rurales).

Ces mesures devaient, selon le gouvernement, améliorer la qualité et l'efficacité des services de santé dans la province³. Certains organismes non gouvernementaux (ONG) en santé

¹ Voir la carte et les renseignements en annexe.

² Kathleen Thompson, consultante en gestion de la santé à la faculté d'administration de l'Université de Regina, soutient que les répercussions sociales et économiques des facteurs démographiques changeants, tels que le vieillissement de la population, le taux de croissance des populations autochtones et la migration vers les villes entraînée par l'évolution du secteur agricole, combinés à l'exode persistant des jeunes instruits vers d'autres provinces ou pays, s'ajoutent aux pressions exercées sur les systèmes existants de services aux personnes; cette situation laisse présager que la demande de services aux personnes efficaces et adaptés à la culture augmentera dans l'avenir.

³ Selon S.O. Brown, qui a été adjointe ministérielle :

Il y a eu un spectaculaire revirement idéologique sur le plan des politiques de santé en Saskatchewan au début des années 1990. Avant, la centralisation des institutions publiques était perçue comme le moyen d'accroître la qualité et l'efficacité des services aux personnes dans la province. Les écoliers et les malades devaient se

mentale croient, quant à eux, que la dévolution systématique de la prestation des services au tiers secteur découle de l'accent mis sur la privatisation dans les années 1980, puis sur la réduction du déficit durant la décennie 1990. Quelle que soit la raison de ce transfert de responsabilité, il est important d'effectuer des recherches pour mieux comprendre les répercussions de la dévolution de la prestation des services au tiers secteur et la problématique entourant la prestation des services par ce secteur.⁴

Au printemps 2000, l'unité de recherche en politiques sociales de la Faculté de travail social de l'Université de Regina a identifié, cartographié et interrogé certains segments des ONG en santé mentale de la Saskatchewan. Cet exercice avait pour but de d'apporter un éclairage sur le rôle que jouent les ONG dans la prestation des services essentiels en santé mentale, leurs principales difficultés, leurs sources de financement et leur relation avec le gouvernement. Plusieurs professionnels du secteur de la santé mentale en Saskatchewan, au Manitoba et en Ontario ont été consultés, notamment Kathleen Thompson, de l'Université de Regina, Eunice Eddy, du Manitoba Multi-cultural Workshop, et le D^r Tilak Gunawardhane, de l'organisme Médecins pour les droits de l'homme à Ottawa, en Ontario.

Le présent document se penche sur la situation des ONG en santé mentale de la Saskatchewan et fait ressortir le rôle que peut jouer la mise en application des droits de la personne⁵ dans la capacité des ONG à donner des services en santé mentale⁶. Il suggère qu'on

déplacer sur de plus grandes distances pour profiter des avantages de la mise en commun des ressources qui permettait d'offrir une plus grande spécialisation des services. En incitant les particuliers à s'en remettre aux spécialistes, nous avons en même temps créé une dépendance qui a des coûts tant sur le plan psychologique que pécuniaire. Prenant conscience des coûts pécuniaires de cette approche – la santé représentait le tiers du budget de la province – le gouvernement de la Saskatchewan a mis de l'avant un certain nombre de stratégies pour encourager les citoyens à prendre davantage leur santé en main. Il a mis en œuvre des programmes de « bien-être », comme la désinstitutionnalisation du secteur de la santé mentale, qui visaient à aider les citoyens à adopter un style de vie plus sain. On espérait réduire le recours au système de santé pour des problèmes mineurs, réaliser de plus grandes économies et libérer un plus grand nombre de travailleurs pour le traitement des problèmes plus complexes auxquels la science et la technologie peuvent maintenant répondre.

⁴ En Saskatchewan, les collectivités étaient libres de choisir les délimitations des districts de santé qui correspondaient le mieux à leurs besoins. Les services de santé ont donc tous été régionalisés, et les services de santé mentale, désinstitutionnalisés. Voir en annexe la carte montrant la configuration des différents districts de santé. D'après les commentaires entendus sur la question, il semblerait que la plupart des organismes du tiers secteur voyaient la désinstitutionnalisation du secteur de la santé mentale comme une mesure positive qui allait permettre aux clients d'avoir une vie plus normale au sein de la collectivité. Toutefois, dans le contexte des réductions des lits d'hôpitaux et du personnel effectuées par le gouvernement, des études plus poussées s'imposent pour déterminer les conséquences des compressions budgétaires sur les avantages de la désinstitutionnalisation des clients.

⁵ Nous faisons référence ici spécifiquement au droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels [PIRDECS]).

⁶ Nous référons ici à leur besoin de financement suffisant pour offrir des programmes destinés à certaines communautés culturelles précises et au milieu rural.

pourrait résoudre la principale problématique des ONG – offrir des services adaptés à la grande diversité géoculturelle de la province dans un contexte de financement insuffisant et soumis à des contraintes inappropriées – en orientant la politique sociale de façon à ce qu'elle incite le gouvernement à s'acquitter de ses obligations sur le plan des droits de la personne. En outre, un lien complémentaire entre la satisfaction des besoins sociaux et la mise en application des droits de la personne a été établi.

1. Méthodologie

L'étude avait pour objectifs de localiser les ONG en santé mentale de la Saskatchewan et d'en établir la carte, d'identifier les problèmes auxquels ils se heurtaient, d'en faire un résumé et d'étudier ces questions dans le contexte du droit international en matière de droits de la personne.

Nous avons mené un sondage auprès d'un échantillon de 27 organismes communautaires dans quatre régions de la Saskatchewan⁷. Nous avons demandé à Centraide, aux districts régionaux de santé et aux filiales de l'Association canadienne pour la santé mentale de ces régions de dresser la liste des organismes de santé mentale qu'ils subventionnaient.

Nous avons joint par téléphone ces 27 organismes dans le but d'obtenir leur participation à l'enquête. Un questionnaire, des formulaires de consentement et une enveloppe-réponse préaffranchie ont été envoyés aux organismes qui acquiesçaient à notre demande. Lorsque les questionnaires ne nous avaient pas été retournés au bout de 14 jours, nous avons fait un appel de suivi et, dans certains cas, renvoyé un questionnaire. Au total, 17 questionnaires nous ont été retournés. Aux fins du présent document, nous avons utilisé 15 questionnaires pour déterminer les principaux thèmes ou sujets de préoccupation des ONG interrogés. Pour ce faire, nous avons inscrit tous les sujets de préoccupation soulevés et les avons regroupés par thème. Cinq thèmes sont ressortis de cet exercice.

⁷ Voici la liste des organismes communautaires contactés: **Regina** : Mobile Crisis Services, Rainbow Youth Centre, Phoenix Residential Society, Association canadienne pour la santé mentale – filiale de Regina, Autism Resource Centre, Ehrio Counselling, Family Service Bureau, Peyakowak Committee, Regina Mental Health Clinic, Regina Residential Resource Centre, Regina and District Association for Community Living, Survivors of Road Trauma, Regina Home Economics for Living, Circle Project, Catholic Family Services, Street Workers Advocacy Project, Open Door Society, Crisis Management Services, Caring Place. **Swift Current/Shanavon** : Association canadienne pour la santé mentale – filiale de Swift Current. **North Battleford** : Battlefords Community Mental Health Centre, Addictions Services, Association canadienne pour la santé mentale – filiale de Battleford. **Région du Nord-Ouest** : Kiyenaw Centre, Meadow Lake Tribal Council. **Organisations provinciales** : Schizophrenia Society of Saskatchewan, Alzheimer Society of Saskatchewan.

Nous avons ensuite procédé à une analyse des thèmes dans le contexte du droit international pour déterminer s'ils représentaient des demandes ou des besoins auxquels le gouvernement doit répondre aux termes de ses obligations internationales en matière de droits de la personne. Le cas échéant, on pourrait présumer que la satisfaction de ces besoins sociaux (relevés par les ONG participants) serait facilitée par la mise en application du droit de la personne auquel ils correspondent.

2. Définitions des principaux termes

L'une des difficultés de cette enquête a été de donner une définition fonctionnelle aux concepts de maladie mentale, de services de santé mentale et d'ONG (fournisseurs de services communautaires).

Des définitions trop restreintes pouvaient mal représenter la réalité des problèmes auxquels font face les ONG. À l'opposé, des définitions trop larges nous auraient fait dépasser notre mandat de recherche. Nous avons donc choisi la définition du Groupe de travail sur l'économie sociale (1996) qui, d'après nous, correspond le mieux aux ONG choisis et à ce qu'est un ONG du tiers secteur⁸. Notons que selon cette définition, les organisations gouvernementales ou quasi gouvernementales auraient de la difficulté à satisfaire les exigences 3 et 4 et que, par conséquent, les initiatives dont elles assurent le fonctionnement ne sont pas considérées comme des organismes de santé mentale du tiers secteur.

Nous avons consulté plusieurs sources pour trouver les définitions fonctionnelles s'appliquant à notre enquête, entre autres le *Code criminel* du Canada, la loi sur la santé mentale de l'Angleterre et du pays de Galles (*Mental Health Act of England and Wales*), la loi sur les services de santé mentale de la Saskatchewan (*Mental Health Services Act of Saskatchewan*), la quatrième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, plusieurs sources en ligne, des documents sur la nature de l'économie sociale. Toutes ces recherches ont abouti aux définitions suivantes :

⁸ Le Groupe de travail sur l'économie sociale (1996) a énoncé cinq principes pour définir les véritables initiatives en matière d'économie sociale : 1) le but premier doit être la prestation de services aux membres ou à la collectivité et non les profits; 2) autonomie de la gestion (par comparaison aux programmes publics); 3) processus de décision démocratique; 4) primauté des personnes et du travail sur le capital et la répartition des profits; 5) activités fondées sur le principe de la participation, de la prise en charge et de la responsabilité individuelle et collective. Voir aussi Lévesque et Ninacs (1997).

Trouble mental : Un comportement, une maladie ou un état mental autodestructeur ou indicatif d'une mésadaptation, qui cause une grande souffrance ou désarroi et qui perturbe les relations et la vie quotidienne de la personne atteinte ou de l'ensemble de la collectivité.

Service de santé mentale : Par extension, un service de santé mentale a été défini comme une intervention dans le but d'aider une personne souffrant d'un trouble mental.

ONG du tiers secteur : organismes communautaires, non gouvernementaux et sans but lucratif qui sont dirigés par un conseil ou axés sur les clients ou les personnes qu'ils desservent, qui relèvent directement des clients/des collectivités et qui répondent à leurs besoins.

3. Les régions sondées

Vu les définitions susmentionnées, il nous a fallu, au moment de choisir les régions et les ONG à sonder, tenir compte de la diversité socio-culturelle et géographique de la province. Cela n'a pas été chose facile. Comme il existe vraisemblablement un grand nombre de services offerts, notamment en santé mentale, par des ONG non traditionnels dans les collectivités autochtones et rurales, il était difficile d'établir avec précision la taille et la portée des services traditionnels et non traditionnels du tiers secteur fournis dans les différentes régions de la province. Dans le Grand Nord, par exemple, où la population est principalement autochtone, où le taux de chômage est élevé et où le niveau de scolarité est faible, les modes de prestation des services et institutions sociales (p. ex. les « sueries », les cercles de guérison, etc.) diffèrent grandement de ceux du Sud. Le sud de la province est principalement peuplé de personnes d'ascendance européenne qui travaillent dans le secteur primaire et ont accès à des services et ressources communautaires modernes et traditionnels inexistants dans le Nord. On trouve des différences similaires entre les régions urbaines et rurales. Les centres urbains ont accès à des services d'urgence 24 heures sur 24. Ce genre de service est rarement disponible dans les régions rurales, et les services de santé mentale sont souvent dispensés par des ONG communautaires de type anonyme⁹. Nos limitations sur le plan des ressources et du temps ne nous ont pas permis d'inclure les ONG non traditionnels de santé mentale du tiers secteur des milieux autochtone ou rural, bien que nous soyons conscients de leur existence et de leur contribution probablement importante dans ce secteur. Dans le contexte du vacuum actuel des connaissances sur ce que l'on appelle maintenant l'économie sociale de la Saskatchewan, notre enquête s'est limitée à brosser un tableau sommaire de la situation des ONG traditionnels en santé mentale dans la province.

Après un examen attentif de la situation en Saskatchewan et de nos limitations, nous avons choisi quatre types de régions qui nous semblaient représentatives de l'état des services de santé mentale du tiers secteur. En voici une brève description.

- a) Régions urbaines telles que Regina, Saskatoon, Prince Albert, Swift Current et Moose Jaw. Selon nous, ces régions offrent un bon éventail de services à un large segment de la population.
- b) Régions semi-rurales telles que North Battleford et Yorkton. Il s'agit de centres urbains plus petits, situés à une certaine distance d'une grande agglomération et entourés d'une large région rurale. Ces régions sont souvent peuplées de communautés autochtones, surtout dans la région de Parkland.
- c) Régions rurales du Sud de la province. Il existe plusieurs zones au sud de la province qui ne sont pas situées à proximité d'un grand centre, dont l'économie est axée sur l'agriculture ou les ressources naturelles et dont la population est relativement homogène.
- d) Régions éloignées et rurales du Nord. La majorité du territoire au nord de Prince Albert est peuplée de populations autochtones (Indiens inscrits et non inscrits). Ces communautés font souvent face à de graves problèmes sociaux en raison du taux de chômage très élevé, de la pauvreté et de l'isolement. C'est dans cette région que l'on croit qu'il existe des organisations du tiers secteur ayant des modes de prestation très différents du reste de la province.

Nous nous sommes servis des frontières des districts de santé de la Saskatchewan pour délimiter les régions visées par notre enquête. Les limites des districts de santé ont été établies par le gouvernement provincial dans le cadre de sa réorganisation du système de santé du début des années 1990¹⁰.

Puisque les collectivités étaient libres de circonscrire leur district de santé en fonction de leurs besoins et intérêts, on peut soutenir que les limites établies correspondent à une certaine

⁹ Par exemple, une organisation offrant une aide en 12 étapes sur la base de l'anonymat.

¹⁰ Selon le site Web du gouvernement de la Saskatchewan, les services de santé de la Saskatchewan sont administrés et dispensés par l'entremise de 32 districts de santé (régions régionales). Les districts de santé ont été établis par les collectivités au début des années 1990 en fonction de leur situation géographique, bassin de population et état de santé. Chaque district de santé est dirigé par un conseil composé de membres élus et nommés. Le conseil est

notion de communauté ou d'entité sociale. Il était donc tout à fait approprié de se fonder sur les limites des districts de santé dans le cadre de la présente enquête axée sur les ONG en santé mentale, qui sont justement des organismes communautaires.

Les villes ou zones suivantes ont été choisies au sein de chaque région pour leur représentativité aux fins de la collecte de données :

La ville de Regina a été choisie pour représenter les régions urbaines, en partie parce que les auteurs y habitent et en partie parce que Regina et Saskatoon (les deux villes les plus importantes de la Saskatchewan) sont d'après nous assez semblables pour pouvoir appliquer à Saskatoon les résultats obtenus à Regina. (Les données tirées ultérieurement de notre questionnaire auprès de quelques ONG de santé mentale du tiers secteur à Saskatoon ont corroboré cette hypothèse.)

La région de North Battleford, située dans le centre-ouest de la province, a été choisie pour représenter les régions semi-rurales. Il s'agit d'une région assez typique de cette catégorie.

La région Shaunavon, située entre les Cypress Hills et les Grasslands, a été choisie pour représenter les régions rurales du Sud. L'économie de cette partie de la province s'articule autour de l'élevage, de la polyculture et de l'exploitation du pétrole et du gaz naturel.

La partie la plus au nord-ouest de la province a été choisie pour représenter les régions éloignées et rurales du Nord. Comme nous l'avons mentionné précédemment, la population du district de santé Keewatin Yathé, qui correspond à presque le tiers de la superficie de la province, est extrêmement disséminée.

4. Classification selon la source de financement

Afin d'identifier les ONG en santé mentale dans chacune des quatre régions visées par l'étude, nous avons communiqué avec les organismes qui semblent constituer les principaux bailleurs de fonds, soit : les districts régionaux de santé; Centraide, qui ne fournit pas directement de services de santé mentale mais subventionne des organismes qui en offrent; l'Association canadienne pour la santé mentale, qui fournit des services ainsi que du soutien financier aux ONG en santé

responsable, aux termes de la loi sur les districts de santé (*The Health Districts Act*), de la planification, de la gestion et de la prestation des services de santé aux résidents de la Saskatchewan. Voir annexe.

mentale. Nous avons également consulté Internet, les Pages jaunes et les répertoires des collectivités. Une fois les ONG identifiés, nous les avons joints et invités à remplir notre questionnaire¹¹.

5. Résultats de l'enquête

Le *premier thème* abordé par les ONG porte sur le rôle des organisations communautaires dans la prestation des services de santé mentale. Il semble que ces organisations jouent un rôle essentiel dans le traitement des clients frappés d'une maladie mentale. Une fois qu'un fournisseur de soins primaires, en l'occurrence un médecin, a soigné la composante physiologique du trouble mental, ce sont les organismes communautaires qui offrent soutien et supervision et assument par le fait même le rôle de fournisseurs de soins secondaires. Ils jouent un rôle important dans la vie du client qui tente de retrouver son autonomie et de réintégrer la collectivité¹². Le fait que ces organismes du tiers secteur semblent actuellement jouer un rôle essentiel dans la prestation des services de santé mentale en Saskatchewan ne signifie pas pour autant qu'ils devraient assumer ce rôle ni que cela est avantageux ou désavantageux.

Le *deuxième thème* concerne les contraintes inappropriées liées au financement. Bon nombre de répondants ont en effet indiqué que leurs programmes étaient soumis à des évaluations quantitatives et qualitatives, internes et externes, sous forme écrite ou orale, au moment de recevoir leur financement.

Il semblerait que la plupart des ONG en santé mentale de la Saskatchewan estiment qu'ils doivent rendre des comptes au bailleur de fonds et utiliser les fonds de la manière prescrite. Les

¹¹ D'après notre classement des ONG selon leurs sources de financement, effectué au moment d'examiner les sujets potentiels aux fins de notre étude, il semble y avoir trois catégories d'ONG en santé mentale. D'abord, il y a les ONG subventionnés directement par le gouvernement provincial ou l'administration municipale, par exemple, la Community Living Division of Saskatchewan, les services sociaux et l'Association canadienne pour la santé mentale. Il y a ensuite les ONG financés par leurs membres, c'est-à-dire qui subsistent grâce aux cotisations ou dons de leurs membres, par exemple l'Association canadienne pour la santé mentale et les différents programmes en 12 étapes. De par leur caractère anonyme, ces derniers présentent un défi particulier. Comme nous l'avons mentionné précédemment, ces organismes peuvent sans doute jouer un rôle important dans la prestation des services de santé mentale dans les régions rurales de la Saskatchewan, mais n'ont pas pu être inclus dans notre enquête, car il nous était impossible de déterminer avec exactitude le nombre de leurs participants, la nature de la participation ou les types de services offerts. Le troisième type d'ONG regroupe les organismes de bienfaisance, organismes cadres et tierces parties comme Centraide. Il existe un important chevauchement entre ces catégories puisque certains organismes reçoivent du financement de plusieurs sources. C'est le cas notamment de l'Association canadienne pour la santé mentale qui se retrouve dans plus d'une catégorie.

¹² Affirmation corroborée lors de nos discussions avec des directeurs d'ONG en santé mentale de la Saskatchewan.

ONG ne s'opposent pas à la reddition de comptes ni aux évaluations. Notre enquête indique toutefois qu'ils se sentent trop souvent obligés d'abandonner des programmes bénéfiques ou d'en réduire la portée à cause des contraintes inappropriées imposées par les bailleurs de fonds. Pour les ONG, le problème se situe sur le plan de la nature des contraintes (responsabilité en matière d'évaluation, méthode utilisée, etc.).

Des études plus poussées s'imposent pour déterminer la nature exacte de ce que nous avons appelé dans le présent document des contraintes inappropriées et leurs répercussions sur la qualité globale des services offerts.

Le *troisième thème* qui ressort de notre enquête a trait à l'insuffisance du financement en général. Centraide et les districts régionaux de santé semblent constituer les principaux bailleurs de fonds. Cinq répondants ont indiqué qu'ils négociaient leur financement futur avec Centraide et six autres ont mentionné obtenir des fonds de leur district régional de santé. La plupart des ONG sondés estiment qu'il y a trop peu de sources de financement. Les répondants nous ont aussi indiqué qu'une hausse de financement leur permettrait de créer des alliances avec d'autres organismes communautaires de façon à éliminer une bonne partie du double emploi et à combler les lacunes sur le plan des services.

Le *quatrième thème* a pour objet la pertinence culturelle des services. Bien que nous ayons reçu un seul questionnaire d'un organisme des Premières Nations, ce thème est également ressorti de nos conversations avec d'autres organisations communautaires autochtones et non autochtones fournissant des services de santé mentale. Il existe très peu de services adaptés aux diverses cultures recensées en Saskatchewan par les ONG en santé mentale. Cela serait dû en partie aux priorités établies – ou à l'absence de priorités – quant à l'utilisation des fonds reçus.

Le *cinquième thème* relevé dans le cadre de notre enquête est relatif aux effets de la concurrence pour l'obtention de financement. La concurrence est si intense que les ONG doivent parfois accepter des contraintes inappropriées qui paralysent leurs efforts en vue de fournir des services essentiels à leurs clients et à leurs collectivités. À l'exception d'un répondant, tous ont mentionné un certain degré de frustration à cet égard. Plusieurs ont souligné le manque de sources de financement en dehors des régions urbaines. Cette question est directement reliée aux thèmes deux et trois. En effet, la combinaison de la concurrence intense, d'un financement limité et des contraintes inappropriées limite considérablement la capacité des ONG à collaborer pour offrir les meilleurs services possibles, ce qui a pour effet de réduire leur efficacité.

Notre enquête a également révélé que le budget des organismes communautaires sondés variait grandement : un groupe d'entraide a mentionné n'avoir aucun budget alors qu'un important ONG offrant un large éventail de services était doté d'un budget de plus de 800 000 \$. Toujours selon les résultats de notre enquête, les ONG affectent la plus grande partie de leur budget aux salaires. Tous, sauf un, allouent au moins 50 % de leur budget à ce poste; la majorité y consacre plus de 75 % de leur budget.

6. Résultats de l'enquête et droits de la personne

Dans une optique axée sur les droits de la personne, selon laquelle un gouvernement a l'obligation de donner à ses citoyens les moyens de jouir « du meilleur état de santé physique et mentale qu'ils soient capables d'atteindre »¹³, deux questions primordiales se posent. Il faut d'abord se demander si le rôle joué par les ONG en Saskatchewan est nécessaire à l'acquittement des obligations morales et légales du gouvernement en matière de droits de la personne. Ensuite, on doit se demander si l'acquittement des obligations du gouvernement pourrait créer des conditions propices à la résolution des problèmes soulevés dans notre enquête.

Selon notre enquête, les ONG en santé mentale de la Saskatchewan estiment qu'ils jouent un rôle essentiel dans la prestation des services dans ce secteur. Comme nous l'avons mentionné, une fois qu'un médecin a soigné la composante physiologique du trouble mental, ce sont les organismes communautaires qui offrent soutien et supervision au client qui tente de retrouver son autonomie et de réintégrer la collectivité. Nous ne suggérons pas ici que les ONG devraient nécessairement jouer un rôle essentiel dans la prestation des services. En fait, le gouvernement agit peut-être de façon irresponsable en se déchargeant des obligations dont il serait, selon certains, mieux en mesure de s'acquitter. L'analyse des résultats indique toutefois clairement que les ONG estiment jouer un rôle essentiel, ce qui est suffisant, à première vue, pour justifier l'applicabilité du paragraphe 12 (1) du Pacte international relatif aux droits économiques, culturels et sociaux (PIDESC) aux droits des ONG, des particuliers ou des collectivités qu'ils représentent. Il est important de noter qu'il n'est pas nécessaire, aux fins de l'analyse des obligations internationales en matière de droit, de suggérer que les ONG sont plus ou moins aptes

¹³ Le Pacte international relatif aux droits économiques, culturels et sociaux (PIDESC) renferme l'article de droit international le plus exhaustif en matière de droit à la santé. Le paragraphe 12 (1) du Pacte énonce que « les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. »

que le gouvernement à répondre aux besoins de la population en matière de services de santé mentale¹⁴. La question de droit ici est de savoir si ces services peuvent être considérés comme essentiels et, auquel cas, de déterminer les obligations du gouvernement envers eux, compte tenu qu'ils satisfont les besoins de la population sur le plan de la santé mentale.

Nous devrions donc étudier la possibilité et l'importance d'assurer le respect des obligations gouvernementales en matière de droits de la personne afin que les ONG en santé mentale puissent remplir avec efficacité et efficience leur rôle de pourvoyeurs des services aux personnes, même si le caractère essentiel de ce rôle découle, intentionnellement ou non, d'une dévolution de responsabilité par le gouvernement¹⁵.

En droit international, la santé constitue un droit fondamental et indispensable à l'exercice des autres droits de la personne. Selon l'article 25.1 de la Déclaration universelle des droits de la personne, toute personne a le droit au meilleur niveau de services sociaux et de santé possible, sans égard à sa classe sociale, à sa religion, etc¹⁶. Le paragraphe 12 (2) du PIDESC somme les gouvernements de prendre des mesures spéciales pour assurer le plein exercice de ce droit. Le droit à la santé est également reconnu dans de nombreux autres instruments juridiques internationaux, notamment :

¹⁴ Notons que s'il est facile d'attribuer la dévolution des services au tiers secteur uniquement aux efforts de réduction du déficit du gouvernement, la situation n'est peut-être pas si simple. Lorsqu'on prend en considération la structure des organismes communautaires, on peut constater une amélioration. De par leur nature communautaire, ces organismes offrent un lien direct entre le client et le fournisseur de services. Ils sont également dirigés par un conseil d'administration indépendant, souvent composé de bénévoles concernés par les services offerts, et leur mandat est de portée plus limitée. Il serait utile de procéder à une étude de l'efficacité de ces organismes. Si les organismes communautaires peuvent répondre aux besoins des clients en matière de santé mentale plus efficacement que le système public traditionnel, il serait peut-être approprié d'accroître leur rôle au sein du système.

¹⁵ Observation de John Hylton de la faculté de travail social de l'Université de Regina:

Les ONG sont-ils vraiment essentiels? D'après moi, les gouvernements et les sociétés choisissent de se fier sur les ONG pour offrir les services dont la population a besoin. Ce choix est fondé sur un certain nombre de raisons valables (par exemple, participation communautaire, meilleure reddition de comptes, etc.).

S'il s'agit d'un choix, les gouvernements ne sont-ils pas responsables, en vertu de leurs obligations en matière de droits de la personne, de veiller à ce que des ressources adéquates soient fournies aux ONG? M. Hilton poursuit :

Au Canada et en Saskatchewan, les gouvernements se sont souvent servis des ONG pour réduire les coûts ou faire taire les critiques à l'endroit des politiques gouvernementales. Dans ce sens, le tiers secteur a permis aux gouvernements de se dégager en partie de leur obligation envers la mise en application des droits de la personne. Ce détournement ou cette perversion du secteur par les gouvernements dans les pays modernes et post-capitalistes est, à mes yeux, ce qu'il a de plus troublant.

Le respect des droits de la personne contribuerait-il à la perversion du tiers secteur par le gouvernement ou au contraire la préviendrait-il?

¹⁶ Le principe de non-discrimination en ce qui a trait aux services, produits et établissements de santé a force de loi dans plusieurs États.

- 1) la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale de 1965;
- 2) la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes;
- 3) la Convention relative aux droits de l'enfant de 1989;
- 4) le Protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels de 1988.¹⁷

On peut donc présumer que, dans le contexte de la problématique de la santé et des obligations légales et morales du gouvernement de la Saskatchewan, les obligations en matière de santé, telles qu'énoncées dans le PIDRESC (que le Canada a ratifié au nom de toutes les provinces) devraient avoir force légale et morale.

Notons que le droit international en matière de droits de la personne définit la santé comme un état de bien-être total : physique, mental et social et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Le PIDRESC englobe un grand nombre de facteurs socio-économiques nécessaires à la santé. Il prend en considération la situation biologique et socio-économique préalable de la personne ainsi que les ressources à la disposition du gouvernement. En conséquence, le droit à la santé doit être entendu comme le droit de jouir d'une diversité d'installations, de biens, de services et de conditions nécessaires à la réalisation du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint.

Le meilleur état de santé possible repose sur l'existence de trois éléments : a) la disponibilité; b) l'acceptabilité; c) la qualité :

- a) Disponibilité : Il doit exister en quantité suffisante des installations, des biens et des services ainsi que des programmes fonctionnels en matière de santé publique et de soins de santé;
- b) Acceptabilité : Les installations, biens et services en matière de santé doivent être respectueux de l'éthique médicale et être appropriés sur le plan culturel, c'est-à-dire respectueux de la culture des individus, des minorités, réceptifs aux exigences spécifiques liées au sexe, etc. Cela laisse supposer que le gouvernement peut avoir l'obligation morale ou

¹⁷ Et d'autres instruments internationaux: Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care (Principes de protection des personnes atteintes d'une maladie mentale et d'amélioration des services de santé mentale) adoptés par l'Assemblée générale des Nations unies, en 1991 (résolution 46/119); Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement tenue

légale d'assurer la prestation de services adaptés à la culture, particulièrement à celle des Premières Nations de la Saskatchewan;

- c) Qualité : Outre qu'ils doivent être acceptables sur le plan culturel, les installations, biens et services en matière de santé doivent également être scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité.

Même dans les États où les ressources sont très limitées – ce qui n'est pas le cas de la Saskatchewan – les membres vulnérables de la société doivent être protégés : a) le gouvernement a des obligations immédiates en matière de santé; il doit par exemple garantir l'exercice de ce droit sans aucune discrimination; b) le gouvernement est tenu spécifiquement de prendre progressivement les mesures nécessaires à l'application pleine et entière de l'article 12. S'il prend une mesure délibérément rétrograde, le gouvernement doit apporter la preuve qu'il l'a fait après avoir mûrement pesé toutes les autres solutions possibles et qu'elle est pleinement justifiée eu égard à l'ensemble des droits de la personne visés et à l'ensemble des ressources disponibles.

au Caire en 1994; déclaration et programme d'action de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes tenue à Beijing en 1995, etc.

7. Obligations légales et morales prévues par le Pacte

Comme tous les autres droits de la personne, le droit à la santé confère aux gouvernements trois niveaux distincts d'obligations : l'obligation de *respecter* et de *protéger* le droit à la santé et de le *mettre en œuvre*¹⁸. Ce dernier niveau d'obligation exige des gouvernements qu'ils adoptent les mesures législatives, administratives, budgétaires, judiciaires, promotionnelles et autres nécessaires à la pleine satisfaction du droit à la santé. Au regard du deuxième thème ressorti de l'enquête en Saskatchewan, cela pourrait signifier que l'État doit veiller à ce que les ONG du tiers secteur obtiennent un financement adéquat sans avoir à compromettre la qualité ou la portée de leurs services.

Or, les résultats de l'enquête font état d'une grave problématique sur le plan du financement, en ce sens qu'il est difficile de réaliser le meilleur état de santé susceptible d'être atteint tout en se disputant le maigre financement disponible. Notre étude montre que, bien qu'ils comprennent la raison d'être et l'importance des mesures d'évaluation et de reddition de comptes des bailleurs de fonds, de nombreux participants à l'enquête sont d'avis que leurs programmes se heurtent souvent à des contraintes de financement préjudiciables qui font fi des besoins des ONG sur le plan fonctionnel¹⁹.

Selon l'enquête, il semblerait que les ONG estiment être responsables devant les bailleurs de fonds et être obligés de disposer du financement de la façon qui leur est prescrite. Autrement dit, après avoir analysé les résultats de l'enquête et discuté directement avec des responsables d'ONG en santé mentale, nous pensons que les clients sont peut-être souvent privés des meilleurs soins de santé possibles en raison du manque de sources de financement, de l'énorme concurrence que se livrent les organismes pour obtenir des fonds, des contraintes inappropriées rattachées au financement ou d'une combinaison de ces facteurs et ce, bien que la reddition de comptes aux bailleurs de fonds soit jugée normale et raisonnable. Comme le mentionnait John

¹⁸À son tour, l'obligation de *mettre en œuvre* (parfois appelée obligation de *donner effet*) confère à l'État les obligations de faciliter l'exercice du droit à la santé, de l'assurer et de le promouvoir. L'obligation de *respecter* le droit à la santé exige que l'État s'abstienne d'en entraver directement ou indirectement l'exercice, alors que l'obligation de le *protéger* requiert qu'il prenne des mesures pour empêcher des tiers, comme des entreprises ou des intérêts commerciaux, de faire obstacle aux garanties énoncées à l'article 12. Selon les observations générales n^{os} 12 et 13 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels, l'obligation de *mettre en œuvre* confère également l'obligation d'en *faciliter l'exercice* et de *l'assurer*.

¹⁹Afin de protéger l'identité des répondants, nous avons décidé de ne pas demander ni de citer d'exemples précis de contraintes de financement préjudiciables.

Hylton, interviewé pour notre enquête, aucun ONG participant ne s'opposait, « en principe », à l'évaluation des services et à la reddition de comptes :

En fait, ils reconnaissent la place qu'occupe l'évaluation dans l'amélioration continue des services et l'importance que revêt la reddition de comptes pour les bailleurs de fonds, qui doivent veiller à l'utilisation judicieuse des fonds octroyés. Les « contraintes préjudiciables et inutiles » auxquelles ils font référence sont davantage attribuables aux méthodes d'évaluation et de reddition. Par exemple : 1) Qui se chargera de l'évaluation? 2) Quels normes et critères utilisera-t-on pour mesurer l'efficacité et l'efficience? 3) Ces normes et critères font-ils l'objet d'un consensus? 4) Sont-ils le reflet des priorités et besoins définis par l'ONG, les clients des services et leur famille ou le bailleur de fonds? 5) Le bailleur de fonds (habituellement un district régional de santé) est-il en situation de conflit d'intérêts, c'est-à-dire fournit-il lui-même des services dotés d'un budget restreint qui en ferait un concurrent direct et, par le fait même, un évaluateur partial? 6) Le bailleur de fonds a-t-il fourni à l'ONG les ressources nécessaires pour adopter des processus d'évaluation et de reddition de comptes efficaces? 7) L'ONG a-t-il le temps, les ressources péuniaires et le savoir-faire requis pour être partie efficace à une évaluation sérieuse?

L'enquête a aussi fait ressortir l'absence de services adaptés sur le plan de la diversité culturelle. Aux termes des paragraphes 12 (1) et 12 (2) du PIRDESC, l'État doit offrir de tels services aux autochtones et autres populations de la Saskatchewan de façon à respecter leur droit à la non-discrimination²⁰.

Les résultats de l'enquête indiquent clairement que les principales difficultés des ONG concernent l'accès à un financement adéquat et approprié (non soumis à des contraintes inappropriées) leur permettant de s'acquitter de leur rôle essentiel, c'est-à-dire offrir les meilleurs soins de santé mentale possibles sans discrimination. Selon tous les professionnels de la santé interrogés, il est impossible de transférer au système public de santé ou à tout autre acteur social le rôle joué par les organismes du tiers secteur.

Compte tenu des conclusions précitées et des obligations manifestes de l'État en matière de droits de la personne prévus aux paragraphes 12 (1) et 12 (2) du PIRDESC, il semblerait exister une complémentarité entre la satisfaction des besoins sociaux, tels qu'ils sont entendus dans l'enquête de la Saskatchewan, et la mise en application des droits de la personne. Cela

²⁰ Ici, le terme « non-discrimination » fait référence au droit des minorités à la différence (article 27 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques [PIRDGP], dont le Canada est signataire). S'il n'est pas tenu compte de leur différence et de leur droit à l'égalité dans l'élaboration des programmes, ces minorités sont victimes de discrimination selon le droit international en matière de droits de la personne.

soulève également une question importante, à savoir si l'on peut aborder le problème de l'accès à un financement adéquat et approprié et à des soins de santé mentale adaptés sur le plan culturel dans le contexte d'une approche de promotion des droits de la personne²¹. Une telle approche viserait à articuler l'ensemble des activités et des secteurs de la société (y compris les dirigeants d'organismes gouvernementaux et d'entreprises) autour des obligations internationales du gouvernement de la Saskatchewan en matière de promotion, de respect et de mise en œuvre du droit aux meilleurs soins de santé mentale possibles. Si la priorité n'est pas sincèrement accordée à la réalisation du droit à la santé, l'on pourrait assister à une grave violation des droits des clients du système de santé mentale et des autres citoyens.

8. Résultats du sondage et non-respect des droits de la personne

Pour donner à la question soulevée toute l'attention qu'elle mérite, il convient de se poser la question suivante: sur le plan international, de quelle façon les gouvernements s'adonnent-ils à violer les droits de leurs citoyens aux meilleurs soins de santé possibles, et en quoi cela s'applique-t-il à la problématique à laquelle font face les ONG étudiés²²?

- a) Les gouvernements violent le droit aux soins de santé lorsqu'ils ne respectent pas les termes et le pouvoir normatif du paragraphe 12 (1) du PIRDESC. Au moment de déterminer quels gestes ou omissions constituent une violation du droit à la santé, il importe d'établir une distinction entre le manque de volonté ou l'incapacité du gouvernement de respecter les termes de l'article 12. Si, par manque de ressources, il lui est impossible de respecter pleinement ses obligations aux termes du Pacte, le gouvernement a quand même la responsabilité de veiller à ce que toutes les mesures

²¹ Stratégie d'analyse commune de pays (ACP) telle que l'entendent le programme Volontaires des Nations unies et le Programme des Nations unies pour le développement dans le contexte du Plan cadre des Nations unies pour l'aide au développement (PCNUAD).

²² Si le respect des droits de la personne et la satisfaction des besoins sociaux sont complémentaires, comme le suggère le rapprochement entre les thèmes dominants de l'enquête et les droits de la personne, on peut en conclure que la Saskatchewan est incapable de résoudre ses difficultés de financement ou de prestation de services adaptés sur le plan culturel en raison d'un manque d'orientation sur la mise en valeur des droits de la personne. Il est particulièrement difficile de faire comprendre comment l'approche fondée sur la promotion des droits de la personne peut favoriser considérablement la satisfaction des besoins socio-politiques de la société. L'aspect juridique des droits de la personne s'appuie sur un fondement juridique qui peut souvent paraître sans rapport avec la question. Or, si la nature normative du fondement lui confère une certaine distance par rapport à la question, il demeure pertinent et constitue une avenue juridique et morale additionnelle que la société peut prendre, en plus des voies socio-politiques et économiques traditionnelles.

possibles soient prises pour utiliser en priorité les ressources disponibles pour s'acquitter de ses obligations.

- b) L'adoption des mesures rétrogrades qui sont incompatibles avec les obligations fondamentales de l'État constitue également une violation du droit à la santé. Les actes de contravention intentionnelle des droits de la personne incluent l'abrogation ou la suspension des lois nécessaires à la réalisation du droit à la santé ou l'adoption des lois ou des politiques manifestement incompatibles avec les obligations juridiques nationales ou internationales en vigueur en matière de santé. Ces obligations incluent l'obligation légale et morale d'adopter des mesures appropriées, y compris des lois et des structures, et mettent en question le droit des États à abroger, pour des motifs politiques ou philosophiques, les lois qui protègent les droits de la personne.
- c) Les omissions qui constituent une violation du droit fondamental à la santé incluent le défaut d'adopter une politique sociale appropriée ou d'assurer l'application des mesures législatives pertinentes. Ce serait le cas si le gouvernement justifiait le sous-financement ou l'évaluation déficiente des ONG en invoquant des restrictions budgétaires, alors que le vrai motif est idéologique.
- d) Le défaut d'éviter ou d'éliminer les mesures, politiques ou lois de l'État qui nuisent sciemment à une évaluation ou à un financement adéquat constitue également une violation du droit à la santé.
- e) Il en est de même pour le défaut d'un gouvernement de prendre toutes les mesures nécessaires pour protéger le droit à la santé des personnes sur son territoire contre sa violation par une tierce partie. Cette catégorie inclut de nombreuses omissions, comme le défaut de réglementer les activités des particuliers, des groupes et des sociétés privées pour les empêcher de violer le droit à la santé d'autrui. Ce serait le cas si le gouvernement ne faisait rien pour empêcher qu'une société privée pose un geste pour réduire le financement accordé aux soins de santé, par exemple au nom de la mondialisation.
- f) Enfin, contrevient également au droit à la santé le défaut de libérer les fonds publics suffisants ou de les affecter à bon escient pour assurer la pleine réalisation du droit à des programmes de santé adaptés à la culture des groupes vulnérables ou marginalisés (par exemple, les Premières Nations de la Saskatchewan).

9. L'approche des droits de la personne

Selon l'approche internationale fondée sur la promotion des droits de la personne (dans le contexte du Plan cadre des Nations unies pour l'aide au développement [PCNUAD]), il est possible d'envisager la résolution des problématiques de développement social selon une perspective de mise en application des droits de la personne. Les gouvernements invoquent souvent le manque de ressources ou de volonté politique pour justifier leur incapacité de satisfaire un droit comme le droit aux meilleurs soins de santé mentale possibles (qui, en Saskatchewan, signifierait l'octroi d'un financement suffisant et approprié ainsi que la création des programmes mieux adaptés sur le plan culturel). Or, comme nous l'avons déjà mentionné, le droit international en matière de droits de la personne fait une distinction fonctionnelle entre l'inaction par manque de volonté et l'inaction due à une insuffisance de ressources et exige que les gouvernements fassent la preuve de cette insuffisance. Par conséquent, le manque de volonté politique n'est pas un motif valable de non-respect des droits et est considéré comme une atteinte aux droits de la personne. Bien qu'il ne nous appartienne pas dans le cadre de la présente analyse d'étudier les méthodes servant à distinguer l'inaction par manque de volonté de l'inaction due à une insuffisance de ressources financières, disons seulement que de telles méthodes existent et sont utilisées par les organisations internationales. Par exemple, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU, créé en vertu du Pacte, a eu recours à une telle méthode pour faire une distinction fonctionnelle²³ dans l'affaire Organisation nationale anti-pauvreté contre le Canada.²⁴ Nous parlons de distinction fonctionnelle en ce sens que, dans le cas où une enquête conclurait à l'inaction par manque de volonté plutôt que par incapacité, l'approche fondée sur la promotion des droits de la personne accorde aux mouvements et groupes sociaux le pouvoir moral et juridique de mettre en œuvre un large éventail de processus démocratiques, socio-politiques et économiques nécessaires pour remédier à la situation²⁵.

²³ En matière de droits de la personne, on fait une distinction fonctionnelle quand un organisme de surveillance des droits de la personne dépose une plainte devant le tribunal chargé de faire appliquer les droits en question. Si la plainte est réputée justifiée, le tribunal doit juger si la violation apparente découle d'un manque de volonté ou de capacité de la part du gouvernement.

²⁴ Cette organisation mettait en doute un rapport du gouvernement du Canada faisant état de ses efforts pour lutter contre la pauvreté. Le comité de l'ONU a donné raison à l'Organisation anti-pauvreté : le Canada ne faisait pas assez pour remplir ses obligations.

²⁵ Toute personne ou groupe qui ne jouit pas du plein droit à la santé a accès à des mesures rectificatives appropriées, de nature judiciaire et autre, tant à l'échelle nationale qu'internationale. Les États sont tenus de respecter les dimensions individuelles et collectives de l'article 12, sans égard à la capacité propre des groupes d'agir en qualité

En utilisant cette approche pour résoudre le problème du manque de financement et de services de santé mentale adaptés sur le plan de la culture dans le tiers secteur, on reconnaît que la mise en application des droits de la personne constitue un important facteur de la politique sociale et un critère pour déterminer si un gouvernement n'est pas apte, ou simplement pas prêt, à assurer le droit de ses citoyens aux meilleurs services de santé mentale possibles.

Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIRDESC) est prescriptif et peut militer contre le statu quo, dans la mesure où ce statu quo s'est révélé incapable d'assurer aux êtres humains une vie libérée de la crainte et de la misère (comme l'indique son préambule)²⁶.

L'obligation de *prendre les mesures nécessaires* pour assurer le droit d'accès aux meilleurs services de santé possibles suggère qu'il incombe aux gouvernements de restructurer leurs finances de manière non seulement à réduire les dépenses publiques mais également à concentrer davantage leurs ressources sur des projets visant à créer des conditions favorables à la réalisation des droits économiques, culturels et sociaux (au regard de l'enquête, cela signifie le financement approprié des programmes adaptés à la culture.) Pour cela, les gouvernements peuvent être obligés d'inclure à leurs politiques gouvernementales des critères définissant les éléments essentiels et non essentiels à la réalisation des droits de la personne. Sans de tels critères, il pourrait s'avérer impossible d'établir de façon démocratique les priorités en vue de distinguer les dépenses essentielles des dépenses moins essentielles et, par conséquent,

de détenteurs de droits proprement dit. Les victimes de violation des droits de la personne ont de nombreux recours : protecteurs des citoyens, commissions des droits de la personne, organismes de protection des consommateurs et associations de défense des droits des patients, tribunaux nationaux et internationaux et tribunes politiques et quasi judiciaires. Sur le plan politique et juridique, le gouvernement peut être amené à : 1) inclure à l'ordre juridique national la reconnaissance du droit à la santé prévu dans les instruments internationaux; 2) éduquer les juges et les membres de la profession juridique pour qu'ils incitent les gouvernements à porter une attention plus grande aux violations du droit à la santé dans l'exercice de leurs fonctions; 3) obtenir le soutien technique et la collaboration des organismes de santé du monde entier, de l'OMS, de l'UNICEF, du Comité des droits de l'homme et des autres organes de mise en application des pactes.

²⁶ Par conséquent, les gouvernements sont tenus de canaliser les ressources nationales et internationales de façon à donner la priorité aux dépenses qui assurent la pleine réalisation des droits de la personne. Les gouvernements qui ne prennent pas soin d'assurer la réalisation des droits de la personne, malgré leur accès à des ressources suffisantes, ou qui font preuve de discrimination dans la mise en œuvre de ces droits, violent les droits socio-économiques de leurs citoyens. En affirmant que l'atteinte de ces objectifs exige la *création de conditions favorables* et que les États doivent *prendre des mesures* à cet égard, le Pacte international fait état de l'obligation qu'ont les États d'orienter les politiques économiques dans un angle social, dans la mesure où seule une action à ce niveau pourra avoir des répercussions suffisantes sur l'ensemble des secteurs pour créer des « conditions » favorables. La notion de non-discrimination prévoit l'application de ces conditions à l'ensemble des citoyens. En ce qui a trait à la problématique de notre étude, cela signifie que le gouvernement est tenu de créer, de son mieux, les conditions et circonstances économiques et politiques permettant aux ONG de santé mentale du tiers secteur de jouer leur rôle, lequel est essentiel à la réalisation du meilleur état de santé mentale susceptible d'être atteint.

l'affectation constructive des ressources, dans le contexte du Développement démocratique durable fondé sur la promotion des droits de la personne (DDDFPDP) :

l'idéal de l'être humain libre, libéré de la crainte et de la misère, ne peut être réalisé que si des conditions permettant à chacun de jouir de ses droits économiques, sociaux et culturels, aussi bien que ses droits civils et politiques, sont créées.²⁷

Par conséquent, pour que le gouvernement puisse s'acquitter de ses obligations aux termes du PIRDESC en vue de faciliter la réalisation du droit aux meilleurs services de santé possibles en Saskatchewan, en vertu de la logique inhérente au droit international en matière de droits de la personne, il peut être approprié d'adopter le cadre conceptuel suivant pour les dépenses gouvernementales et politiques sociales :

- i) L'allocation des ressources devrait toujours favoriser la création de conditions favorables au DDDFPDP qui permettraient à tous les citoyens de jouir de leurs droits économiques, sociaux et culturels comme de leurs droits civils et politiques. Puisqu'il est universellement reconnu que ces droits sont fondamentaux à la dignité inhérente de l'être humain, ils peuvent être perçus comme un critère du bien-être général de la population;
- ii) L'élimination de la souffrance et des obstacles au plein exercice de ces droits doit avoir préséance sur la prestation de biens matériels (voir l'article 2 du PIRDESC);
- iii) Le droit à la non-discrimination signifie que l'intérêt général — les besoins de la majorité — doit avoir préséance sur les besoins non essentiels d'une minorité (voir l'article 5);
- iv) Le sacrifice ou la perte personnelle peut s'avérer nécessaire pour éviter un sacrifice ou une perte collective, comme il peut s'avérer nécessaire d'accepter une perte ou un sacrifice léger de façon à éviter une perte ou un sacrifice plus imposant (voir les articles 3 et 4). Cette obligation peut être déduite logiquement de l'énoncé (ii);
- v) L'obligation de *créer des conditions favorables* et de *prendre les mesures nécessaires* pour assurer la réalisation des droits de la personne, aux termes du Pacte, suppose la mise en place et le maintien des éléments (comme le financement adéquat et approprié des ONG en santé mentale et l'augmentation des programmes adaptés sur le plan culturel) nécessaires à l'acquittement de cette obligation. Cette obligation,

²⁷ Troisième paragraphe du préambule du PIRDESC.

généralement reconnue comme un principe du droit positif, peut être déduite logiquement de l'énoncé (ii).

CONCLUSION

Notre examen des résultats de l'enquête suggère qu'aujourd'hui, en Saskatchewan, les ONG en santé mentale jouent un rôle essentiel dans la prestation des meilleurs services de santé mentale possibles et que leur principale difficulté est d'obtenir un financement suffisant qui ne limite pas leur capacité de créer et d'offrir des services adaptés et d'autres services essentiels répondant aux différents besoins des collectivités sur le plan géo-culturel.

Au regard des droits de la personne, notre analyse laisse aussi entendre l'existence d'un lien complémentaire entre la mise en application des droits de la personne et l'habilitation des ONG.

Notre analyse démontre que l'approche fondée sur la promotion des droits de la personne, qui inclut une série d'obligations légales et morales et de mesures de promotion des droits de la personne au nombre des critères d'allocation des fonds publics, constitue une option de développement efficace permettant de combler les besoins spécifiques des ONG en santé mentale et ceux des ONG des autres champs de l'économie sociale de la province de la Saskatchewan.

C'est pourquoi nous espérons que d'autres recherches seront effectuées sur le lien complémentaire qui existe entre la mise en application des droits de la personne et la satisfaction des besoins sociaux du tiers secteur. L'approche fondée sur la promotion des droits de la personne²⁸ pourrait aussi s'avérer utile pour créer le type de dynamisme nécessaire à la prestation des meilleurs services aux personnes possibles dans tous les secteurs d'activité en Saskatchewan.

²⁸ Tel que l'entendent le programme Volontaires des Nations unies et le Programme des Nations unies pour le développement.

BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: American Psychiatric Association.
- Banting, K.G., (sous la direction de) (2000). *The Nonprofit Sector in Canada: Role and Relationship*. Montreal et Kingston: McGill-Queen's University Press.
- Bolaria, S.B. and R. Bolaria (1992). «Racial Minorities Medicine and Health», Social Research Unit, Department of Sociology, University of Saskatchewan.
- Browne, P.L. (1999). «Le tiers secteur au Canada anglais: éléments d'analyse», *Nouvelles Pratiques Sociales*, vol. 11/12, No 1, 143-157.
- English, K. (1995). *The Human Rights Handbook: A Practical Guide to Monitoring Human Rights*, Human Rights Centre, University of Essex.
- Groupe de travail sur l'économie sociale (1996). *Osons la solidarité!*, Chantier de l'économie sociale et de l'emploi, Québec, Sommet sur l'économie et l'emploi, oct.
- Hijab, N. (2001). *Human Rights & Human Development: Human Development Report 2000*, disponible à: <http://www.undp.org/hdro/Nijab2000.html>.
- Jetté, C., Lévesque, B., Mager, L. et Y. Vaillancourt (2000). *Économie sociale et transformation de l'État-providence sans le domaine de la santé et du bien-être: Une recension des écrits (1990-2000)*. Saint-Foy, Presses de l'Université du Québec.
- Joyner, C. (1997). *The UN and International Law*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Lawson, G.S. et L. Thériault (1999). *The Evolution of Third Sector Home Care in Saskatchewan*, SPR Occasional Papers, No 11, Regina, Faculty of Social Work, University of Regina.
- Lévesque, B. et W.A. Ninacs (1997). *L'économie sociale au Canada: l'expérience québécoise*. Montreal, Institut de formation en développement économique communautaire ((IFDEC).
- Mental Health Association of Saskatchewan (1981). *Task Force on Mental Health in Saskatchewan. Preliminary Report*. Regina, Mental Health Association of Saskatchewan.
- Newman, P. et D. Weissbrodt (1990). «How should the Covenant on Economic, Social and Cultural Rights be implemented?», *International Human Rights: Law, Policy and Process*. Cincinnati, Anderson Publishing, 359-384.
- Quarter, J. (1992). *Canada's Social Economy: Co-operatives, Non-profits, and Other Community Enterprises*, Toronto, Lorimer.

- Riches, G. et G. Maslay (1995). «The Shift to Joint Ventures in Social Services: Personal Social Service Spending in Saskatchewan: 1971-81», *Social Policy and Social Justice: The NDP Government in Saskatchewan during the Blakenay Years*, sous la direction de J. Harding, Waterloo, Wilfrid Laurier University.
- Robertson, A.H. (1977). *Human Rights in Europe*. Manchester, Manchester University Press.
- Rodrigues, G. et P. Carswell (1997). *Pocket Criminal Code*. Toronto, Thomson Professional Publishing.
- Saskatchewan Labour Force Development Board (1998). *Community-Based Organizations: A Profile of Employment Training Programs and Services in Saskatchewan*, Regina, Gouvernement de la Saskatchewan.
- Schizophrenia Society of Saskatchewan (1999). *Handbook for Users of Mental Health Services*, Regina, Schizophrenia Society of Saskatchewan.
- Shragge, E. et J.M. Fontan (2000). *Social Economy: International Debates and Perspectives*, Montreal, Black Rose.
- Silzer, K. (1998). *Saskatchewan's Population by Mental Health Region*. Regina, Saskatchewan Department of Health - Mental Health Services Branch.
- Steiner, H.J. et P. Alston (1996). *International Human Rights in Context: Law, Politics, Morals*, Oxford, Clarendon Press.
- Symonides, J. et V. Volodon (1996). *Human Rights: Major International Treatise Status as of 31st May 1996*, Paris, UNESCO.
- Timbe, C. (1995). *International Law*, Seconde édition, Boston, Little, Brown & Co.
- Vaillancourt, Y., Aubry, F., D'Amours, M., Jetté, C., Thériault, L. et L. Tremblay (2001). «Social Economy, Health and Welfare: The Specificity of the Quebec Model Within the Canadian Context», *Canadian Review of Social Policy*, No 45-46, 55-88.
- Vaillancourt, Y. (1996). «Remaking Canadian Social Policy: A Quebec Viewpoint», *Remaking Canadian Social Policy*, sous la direction de J. Pulkingham et G. Ternowetsky, Halifax, Fernwood Publishing, 81-99.
- Vasak, K. (1982). *The International Dimension of Human Rights, Vol. I*. Paris, UNESCO.
- Wilkinson, P. et J. Quarter (1996). *Building a Community-Controlled Economy: The Evangeline Co-operative Experience*, Toronto, University of Toronto Press.

Documents juridiques consultés

1. The 1983 Mental Health Act of England and Wales.
2. The Mental Health Act of Saskatchewan.
3. The Charter of the United Nations.
4. The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR).
5. The Universal Declaration of Human Rights (UDHR).
6. The Vienna Convention.

Liste des personnes interviewées pour l'enquête

1. S. O. Brown, Ex-adjointe du ministre de la Santé de la Saskatchewan..
2. Kathleen Thompson, Faculty of Administration, University of Regina.
3. Eunice Eddy, présidente, Multicultural Workshop on Health of Manitoba.
4. Dr Tilak Gunawardhane, Physicians Concerned with Human Rights, Ottawa, Ontario.
5. Norma-Gene Byrd, directrice, Rainbow (ABORIGINAL) Youth Center, Regina.

ANNEXE²⁹

Historique des districts régionaux de santé

La restructuration du système de santé de la Saskatchewan a débuté en 1992. Dans un premier temps, les citoyens ont délimité les divers districts de santé de la Saskatchewan dans le cadre d'un processus de développement communautaire. Le nombre et la taille de ces districts sont fonction de l'emplacement des collectivités et des établissements de santé, de la répartition des habitants, des réalités géographiques, des habitudes de commerce et de déplacement, et de l'état de santé des habitants.

Entre février 1992 et août 1993, la province a créé 29 districts régionaux de santé, pour ensuite ajouter trois autres districts à sa liste. Enfin, la province complétait en janvier 1999 sa nouvelle structure de santé en créant, dans le Nord de la province, l'Athabasca Health Authority.

En avril 1995, le ministère de la Santé de la Saskatchewan transférait aux districts régionaux de santé la responsabilité de la prestation des services communautaires, notamment de santé publique, de santé mentale et de toxicomanie. Dans le cadre de ce processus, on a délimité des zones regroupant plusieurs districts pour pouvoir offrir les services susmentionnés et autres sur une base régionale. Cela permet d'offrir un éventail plus complet de services dans les plus petits districts de santé.

Les districts régionaux de santé sont responsables de la planification, de la gestion et de la prestation des services de santé. Leurs principaux champs d'action concernent:

- les hôpitaux;
- les organismes de santé, de bien-être et de services sociaux;
- les services d'intervention d'urgence;
- les services de soutien, comme les soins de longue durée, les programmes de jour, les services de relève, les soins palliatifs et les programmes à l'intention des clients ayant des incapacités multiples;
- les soins à domicile;
- les services de santé communautaire comme les services infirmiers de santé publique, les inspections sanitaires, la santé dentaire et les services d'orthophonie;

²⁹ Information tirée du site Web du ministère de la Saskatchewan (<http://www.gov.sk.ca/>) et des sites qui y sont rattachés.

- les services de santé mentale;
- les services de réadaptation.

Certains des services susmentionnés sont offerts par des organismes affiliés ou non aux districts régionaux de santé dans le cadre d'ententes contractuelles.

La direction des services de gestion des districts (District Management Services Branch) du ministère de la Santé de la Saskatchewan collabore avec les districts régionaux pour faire en sorte que les habitants de la province reçoivent les meilleurs soins de santé possibles.

La direction communique les priorités et les politiques du gouvernement et en facilite la compréhension, offre soutien et assistance aux districts régionaux en vue d'élaborer des initiatives qui respectent les priorités locales et provinciales, et surveille l'évolution de la situation locale au regard de l'atteinte des objectifs du système de santé provincial.

Le ministère de la Santé de la Saskatchewan, par l'entremise de sa direction des services de gestion des districts, a les responsabilités suivantes :

- appuyer les activités de planification et de mise en œuvre des programmes de santé des districts, y compris l'élaboration de plans stratégiques et de plans budgétaires annuels;
- gérer le budget provincial d'immobilisations destiné à la santé et aider les districts régionaux à gérer le cycle de vie complet des installations, de l'acquisition de biens-fonds – en passant par l'analyse des besoins, la conception, l'attribution des contrats, la construction et l'entretien – à la réaffectation ou la démolition.
- Faire en sorte que les districts régionaux répondent de leurs actes:
- en veillant à la mise en place des ententes de services appropriées entre la province et les districts et au respect des exigences de reddition de comptes de la *Health Districts Act*;
- en surveillant et en évaluant les résultats des services offerts par les districts pour s'assurer qu'ils permettent au ministre de remplir son obligation, soit offrir aux habitants de la Saskatchewan un système de santé viable et de qualité;
- en aidant les districts régionaux à résoudre les difficultés;

- et en élaborant des solutions novatrices et efficaces au chapitre de la prestation et la gestion des programmes et services.
- Assurer la gestion des districts régionaux, c'est-à-dire veiller à l'application des règlements concernant l'élection des membres du district, aider les districts à gérer les élections de leurs membres et régir les affectations ministérielles aux districts.

Districts régionaux de santé

Chaque district régional possède un conseil d'administration chargé de diriger ses activités. Il en est de même pour l'Athabasca Health Authority.

En mai 1993, la province mettait en vigueur la *Health Districts Act*, qui prévoyait la création des districts de santé. La *Health Districts Act* est la principale loi régissant les activités des districts régionaux de santé. Elle confère aussi aux districts une grande variété de pouvoirs au regard de la planification et de la gestion des services de santé offerts dans leur district et prévoit l'élection et l'affectation ministérielle des membres aux conseils des districts.

Aux termes de la loi, chacune des huit subdivisions des districts doit élire un membre du conseil. De plus, le ministre de la Santé nomme jusqu'à six membres supplémentaires aux districts régionaux de Saskatoon et de Regina et jusqu'à quatre membres aux districts régionaux des districts du Sud, à l'exception du district de Lloydminster. Tous les membres du district de Lloydminster, des deux districts du Nord et de l'Athabasca Health Authority sont nommés par la province.

Les habitants de la Saskatchewan qui désirent poser leur candidature à un poste de membre du conseil d'un district doivent avoir l'appui d'au moins 10 habitants du district de santé et :

- être âgé d'au moins 18 ans;
- être citoyen canadien;
- le jour de l'élection, être citoyen de la Saskatchewan depuis au moins six mois;
- habiter dans le district de santé concerné.

Les districts sont subdivisés en quartiers pour permettre aux résidents de choisir leur représentant local et pour faciliter la communication régulière avec les citoyens. Des élections ont lieu en

alternance tous les deux ans et les membres sont élus pour une période de quatre ans. La dernière élection a eu lieu en octobre 1999, dans les quartiers impairs.

Services de santé mentale

Les services de santé mentale de la Saskatchewan ont pour objectif global de rétablir, de maintenir et de promouvoir la santé mentale de la population.

Le programme de santé mentale a quatre composantes distinctes :

- les services aux enfants et aux adolescents;
- les services communautaires aux adultes;
- les services en milieu hospitalier;
- et les services de réadaptation psychiatrique.

Les districts régionaux de santé offrent des services de santé mentale à tous les habitants de la Saskatchewan. Le programme de santé mentale respecte l'ensemble des normes et directives prévues par la *Mental Health Services Act* et ses règlements.



Saskatchewan Health Covered Population 2000

Map of Health Districts

