

**Les droits du patient : une menace pour les soignants ?**  
**Patients' rights: A threat to caregivers?**  
**Los derechos del paciente: ¿una amenaza para el personal de salud?**  
**Os direitos do paciente: uma ameaça para os prestadores de cuidados?**

Bernard Keating

Volume 34, numéro 2, automne 2009

Santé mentale et justice

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/039125ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/039125ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Keating, B. (2009). Les droits du patient : une menace pour les soignants ? *Santé mentale au Québec*, 34(2), 39–49. <https://doi.org/10.7202/039125ar>

Résumé de l'article

Au cours des dernières années, les groupes de défense des droits des personnes atteintes de troubles mentaux ont obtenu des résultats importants dont l'adoption de politiques de réduction des mesures d'isolement et de contention. Ces politiques témoignent d'un consensus à l'effet que la coercition doit être utilisée uniquement en dernier recours et dans des circonstances exceptionnelles. L'attention grandissante sur les droits des personnes ayant un problème de santé mentale suscite des réactions qui sont très peu abordées dans la littérature. En effet, il n'est pas rare d'entendre les soignants se demander si les patients ne jouissent pas de plus de droits qu'eux-mêmes. Cet article examine cette interrogation de deux perspectives : d'une part, l'auteur tente de cerner ce qu'elle traduit de l'expérience des soignants, d'autre part il identifie les enjeux éthiques et juridiques des politiques des programmes de réduction des mesures d'isolement et de contention.



## Les droits du patient : une menace pour les soignants ?

---

Bernard Keating\*

Au cours des dernières années, les groupes de défense des droits des personnes atteintes de troubles mentaux ont obtenu des résultats importants dont l'adoption de politiques de réduction des mesures d'isolement et de contention. Ces politiques témoignent d'un consensus à l'effet que la coercition doit être utilisée uniquement en dernier recours et dans des circonstances exceptionnelles. L'attention grandissante sur les droits des personnes ayant un problème de santé mentale suscite des réactions qui sont très peu abordées dans la littérature. En effet, il n'est pas rare d'entendre les soignants se demander si les patients ne jouissent pas de plus de droits qu'eux-mêmes. Cet article examine cette interrogation de deux perspectives : d'une part, l'auteur tente de cerner ce qu'elle traduit de l'expérience des soignants, d'autre part il identifie les enjeux éthiques et juridiques des politiques des programmes de réduction des mesures d'isolement et de contention.

**U**n jour, lors d'un colloque, le directeur général de l'Institut Philippe Pinel de Montréal, le Dr Jocelyn Aubut, m'a fait part d'une question, qu'il entendait de façon récurrente : « Les patients traités en psychiatrie<sup>1</sup> n'ont-ils pas plus de droits que les intervenants ? » Quiconque circule dans le réseau a entendu cette question à maintes reprises, particulièrement lors d'incidents d'agir violent des patients à l'intérieur des murs des établissements ou dans la communauté. Le titre d'un article s'est ainsi imposé en tant qu'éthicien : *Les droits du patient : une menace pour les soignants ?* Évidemment, ce titre déplace la question. Il ne s'agit plus simplement d'analyser « objectivement » les rapports d'une perspective du droit mais d'inscrire cette question dans la dynamique des rapports intersubjectifs. Il faut revenir aux sujets en présence. Notre hypothèse de travail est la suivante : cette question exprime bien plus que son interprétation littérale donne à comprendre. Une réponse purement « académique » passe à côté de l'essentiel, qui, selon nous, est d'entendre l'écheveau complexe des résistances de la

\* Ph.D., Faculté de théologie et de sciences religieuses, Université Laval, Québec.

### Remerciements

L'auteur désire remercier le Dr Hubert Wallot pour ses judicieuses suggestions dans la rédaction de cet article.

culture hospitalière faisant obstacle au changement et ainsi, poser des jalons qui favorisent l'adhésion aux politiques de réduction des mesures de contention et d'isolement. Précisons que la question du Dr Aubut m'était adressée à titre d'éthicien. Il souhaitait que la question soit abordée d'un point de vue de l'éthique et non pas d'une perspective du droit. Toutefois, la saisie éthique exige paradoxalement le passage par le droit, non pas pour exposer le droit positif, mais pour mettre en lumière les impératifs éthiques auxquels le droit contribue à répondre. Il faut mettre en évidence les enjeux éthiques et revenir à la notion même du droit.

### **Coup de sonde dans la littérature**

La littérature consacrée à la réduction des mesures de contention et d'isolement fait-elle écho ou traite-t-elle de la perplexité des soignants face à l'attention grandissante des droits des patients ? Dans le sillage de la Déclaration d'Hawaii<sup>2</sup> adoptée par l'Association psychiatrique mondiale en 1977<sup>3</sup>, force est de constater que cette littérature est avant tout préoccupée par les violations des droits des patients (Busch et Shore, 2000), par la réduction de ces atteintes et par le développement des techniques de gestion de la violence les plus respectueuses possible. D'ailleurs, l'identification du problème n'est pas récente. Il est à l'ordre du jour depuis le XIX<sup>e</sup> siècle et la réduction des mesures de contention et d'isolement est considérée comme le baromètre du succès de la réforme des services psychiatriques (Belkin, 2002).

La littérature met en évidence l'inégalité inhérente à la relation médecin/malade. Cette inégalité tient à la situation de détresse du patient, au statut d'expert du médecin, à la tradition autoritaire des milieux de soin, à la connaissance qu'ont les médecins des structures organisationnelles et enfin à la possibilité conférée au personnel soignant d'utiliser la coercition. Le « rapport de force » est donc nettement favorable au personnel soignant (Sjostrom, 2006). L'expérience historique (Busch et Shore, 2000) et la conscience vive que l'inégalité pave la voie aux abus (Kastrup, 2000) appellent une réponse éthico-juridique. Le consensus éthique et juridique (Seicshnaydre, 1992 ; Miller, 1997) est clair : il faut réduire au maximum l'usage de la force à l'égard des patients et minimiser les atteintes aux droits. La contrainte doit donc être utilisée en dernier recours et uniquement dans des circonstances exceptionnelles (Sjostrom, 2006). La seule note discordante à ce propos porte sur l'idéal d'une pratique qui abolirait complètement la contention et l'isolement (Palazzolo et al., 2001 ; Liberman, 2006).

La recherche vise donc à développer des alternatives à la contrainte, (Borckardt et al., 2007 ; Gaskin et al., 2007 ; Hardesty et al., 2007) que celle-ci soit physique ou pharmacologique (Donat, 2005) et à évaluer les processus d'implantation et les résultats obtenus. Ces derniers sont variés, on rapporte des échecs (Crenshaw et al., 1997). (Keski-Valkama et al., 2007) et des succès (Smith et al., 2005 ; Hellerstein et al., 2007). L'analyse des facteurs expliquant ces résultats incohérents occupe une place significative dans les articles cités ici.

Les questions les plus pertinentes à notre problématique sont les suivantes : 1) la perception et les attitudes du personnel soignant à l'égard des mesures de contention et d'isolement (Petti et al., 2001 ; Wynn, 2003 ; El-Badri et Mellso, 2008), et des programmes de réduction de ces mesures (Ostrander, 1982 ; van Doeselaar, Slegers et al., 2008) ; 2) le peu de recherche sur l'évaluation des initiatives de réduction de la violence à l'égard du personnel (Khadivi et al., 2004).

La question de départ « Les patients traités en psychiatrie n'ont-ils pas plus de droits que les intervenants ? » ne trouve donc pas de réponse directe dans la littérature et les matières connexes sont peu documentées. Entendue au premier niveau, la question initiale concernant les droits du personnel est donc franchement ignorée. En effet, la littérature savante n'a pas pour objectif de faire la démonstration de la légitimité de politiques ou de lignes directrices spécifiques bien qu'elle y contribue en fournissant des arguments aux acteurs dans le processus de légitimation. Elle n'a pas non plus pour objectif de prendre en charge le sentiment d'inconfort suscité par des politiques ou lignes directrices et cela même quand cet inconfort se manifeste en dépit d'un appui unanime de leur légitimité.

### **Justification de l'approche choisie**

L'importance d'un changement dans la culture des soins en psychiatrie étant une des idées force se dégageant de la littérature, nous adoptons l'approche qui semble la plus propice à y contribuer. Nous abordons la question dans les termes mêmes où elle s'exprime car il est essentiel d'accueillir, au départ, les craintes et les frustrations du personnel soignant. Il est également essentiel de reconnaître et d'analyser la difficulté spécifique à la tâche qui, au quotidien, est la leur : manifester un respect inconditionnel en dehors de la structure de réciprocité qui lui sert normalement de support (Habermas, 1987). La problématique de la motivation organise également notre propos. En effet, un code ou une politique demeure lettre morte si on ne peut motiver les destinataires. Du point de vue éthique, la crainte de la sanction est

toujours un expédiant. C'est pourquoi, le praticien de l'éthique se soucie de la perception de la légitimité du code ou de la politique. Pourquoi méritent-ils d'être respectés ? S'ils ne suscitent pas l'adhésion en vertu de bonnes raisons morales ou de valeurs partagées, ils apparaissent alors, en priorité, sous l'angle de la menace à la sécurité personnelle ou d'entrave dans l'organisation efficace du quotidien.

### **Qu'est-ce qui tente de se dire ?**

L'affirmation selon laquelle les patients ayant des problèmes psychiatriques ont davantage de droits que les soignants peut être entendue de plusieurs manières. D'abord, comme une évaluation des dispositifs juridiques voués à la protection des personnes atteintes de troubles mentaux. Le législateur serait-il allé trop loin dans la protection ? Elle peut être entendue comme l'expression d'un inconfort face à la possibilité que certains individus abusent des protections assurées par le droit au détriment des soignants.

La première interprétation n'est manifestement pas politiquement correcte. Elle soulève même un inconfort chez le soignant qui ose la formuler. On ressent bien qu'une telle question peut donner l'impression que le soignant qui ose mettre en doute le régime actuel a déjà renoncé, ou s'appête à renoncer, à un des principes à la base même du professionnalisme (Legault et al., 2003), celui de « subordonner son intérêt à celui de son client ». La relation professionnelle institue en effet une relation fiduciaire (Hopper, 1973). Le client ou le patient doit avoir la certitude que la confiance donnée aura pour réciproque le service de ses seuls intérêts. L'engagement professionnel exige donc une mise à distance des intérêts personnels du professionnel comme ceux des tiers. C'est à cette préoccupation que répondent les règles en matière de conflits d'intérêts<sup>4</sup>.

Lorsqu'on affirme : « les patients ont plus de droits que les soignants » que dit-on exactement ? L'affirmation ne prend-elle pas souvent des accents interrogatifs ? Mais, s'agit-il d'une question ou d'une plainte ? Et encore, s'il s'agissait d'une plainte, est-ce une plainte revendication, c'est-à-dire, visant la protection de ses droits comme dans « porter plainte à la police » ou de la plainte gémissement émise en réaction au malaise ou à la souffrance ? C'est cette complexité de malaise, de crainte et de souffrance que nous retenons comme seconde interprétation.

Ces « jeux de mots » et glissements successifs d'un concept à l'autre nous sensibilisent à la complexité de ce qui tente de se dire dans des mots qui, de façon ambivalente, renvoient d'ailleurs autant à l'éthique qu'au droit !

Examinons brièvement l'idée de droit et la dynamique mise en œuvre dans la reconnaissance et le respect des droits.

### **L'institution psychiatrique dans une société de droit**

On caractérise souvent notre société comme une société de droit. Une telle expression met en lumière le fait que le droit s'oppose à l'arbitraire. Une société de droit s'engage à faire mentir l'adage selon lequel « la raison du plus fort est toujours la meilleure ». Une telle société a choisi de régler ses différends par l'entremise de la règle de droit, telle qu'interprétée et appliquée par ceux qui ont la charge de dire le droit : les juges. Une société de droit se maintient dans la mesure où ses citoyens font confiance aux institutions : le parlement qui adopte les lois, la police qui veille à leur respect, les citoyens qui, ayant des différends, font preuve de retenue et en saisissent les tribunaux. Ceux-ci sanctionnent en retour les écarts au droit et règlent les différends entre citoyens à la lumière de la règle de droit. On brise, à son origine, le cercle infernal de la vengeance privée et l'escalade qu'elle institue le plus souvent.

Il y a peu de temps encore, les institutions psychiatriques étaient des univers fermés à l'intérieur desquels l'intervention du droit était minimale (Boudreau, 2003). La loi déterminait les conditions de l'admission et de la sortie des établissements, les modalités de la gestion des biens des personnes internées et les rôles respectifs du corps médical et des religieuses propriétaires et gestionnaires de ceux-ci. Au sein de cette société nettement matriarcale, l'expression « droits des patients », comme l'idée qu'elle véhicule, étaient tout simplement impensables. La vie en institution psychiatrique était régie sous le modèle de la vie familiale : le patient était assimilé à un mineur. L'institution prenait le relais de la famille et exerçait une autorité soustraite, en pratique, à tout contrôle externe. Les rapports n'étaient pas organisés en fonction de la logique des droits mais en fonction de la logique de la charité.

La logique de la charité suppose la gratuité. Le bien octroyé n'est pas dû. C'est pourquoi il appelle en retour la reconnaissance du bénéficiaire. Si celui qui a reçu le « don », manifeste une quelconque insatisfaction ou se plaint, il sera qualifié d'ingrat ! Après tout, qui le prendrait en charge s'il était laissé à lui-même ? Une telle logique était foncièrement réfractaire à l'idée de droits. Aujourd'hui, la logique de la charité a cédé sa place à celle du droit. S'il faut répondre à l'appel au secours des personnes atteintes de maladies mentales (Pagé, 1961), c'est qu'elles ont fondamentalement les mêmes droits que nous ! La logique structurante du droit n'est cependant pas exclusive ; elle prend assise sur

des valeurs communes telles la solidarité et la compassion. De plus, la mise en acte des droits des personnes qui ont des problèmes de santé mentale ne peut se réaliser sans l'engagement éthique des intervenants qui les soignent.

Du point de vue du droit, la protection et le traitement de ces personnes semblent prendre parfois des directions opposées. D'une part, l'exercice des droits fondamentaux est délimité lorsqu'on ordonne, par exemple, le traitement ou la garde en établissement. En effet, ces mesures se réalisent au détriment des droits relatifs à l'intégrité physique, la liberté, la sécurité... D'autre part, à la faveur de leur protection, le droit crée des obligations spécifiques qui s'adressent à leur tour à des individus et à des institutions spécifiques. Ces mesures s'imposent en raison de la gravité de l'enjeu : la suspension de droits fondamentaux. Les droits fondamentaux sont en effet conçus sur la base de la reconnaissance de la dignité humaine, il est donc impératif de minimiser le non respect de ce principe et de faire obstacle aux abus qui peuvent survenir au cours de la maladie. L'enjeu du droit est donc double : d'une part, reconnaître que la maladie, même la plus débilante n'entame pas la dignité fondamentale des personnes (De Koninck, 2002), ne l'exclut pas de la communauté humaine ; d'autre part, supporter des pratiques favorisant le développement et l'expression maximales de l'autonomie, tant au plan juridique qu'au plan éthique. Pensons, en particulier, au Curateur public, à la *Loi sur la Protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, aux Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques.*

### **Les soignants : premiers interpellés par les droits des patients**

Les soignants et les proches sont au premier rang des interpellés par les droits des personnes atteintes de troubles mentaux. C'est à eux que revient de traduire concrètement et au quotidien l'engagement moral de la société à l'égard de ceux que frappe la maladie. Si c'est collectivement que notre société contribue à la réalisation de l'idéal que porte le droit, c'est individuellement que les soignants y contribuent ! La contribution sociétale demeure en quelque sorte abstraite, alors que la leur est concrète et combien plus exigeante. Les soignants portent le lourd mandat de réaliser le projet de respect qui anime, en principe, l'action de la société à leur égard. Ils ont le mandat de traduire en réalité, les principes abstraits. Ce mandat est d'autant plus difficile qu'il se réalise dans un contexte où la reconnaissance sociale n'est pas toujours au rendez-vous. Il n'est pas besoin d'être perspicace pour observer que

le travail auprès des personnes atteintes de troubles mentaux bénéficie d'un statut social plutôt modeste ! Il est plus « glamour » d'être informaticien qu'éducatrice spécialisée, infirmière en soins intensifs qu'infirmière à l'urgence psychiatrique !

Le rapport au malade recèle une autre difficulté qui est également de l'ordre de la reconnaissance. La maladie mentale, pathologie de la relation à soi et à l'autre, mine trop souvent la reconnaissance mutuelle qui nourrit normalement les rapports interpersonnels (Habermas, 1992). Les relations humaines sont ressenties comme gratifiantes lorsqu'elles se tissent à l'occasion d'échanges. La réciprocité est normalement attendue bien qu'elle ne soit pas toujours au rendez-vous. Dans ce contexte, le respect est privé d'un de ses appuis naturels. Mais, le trouble mental peut miner la réciprocité qui, dans la vie quotidienne, motive à demeurer dans la relation. La réciprocité compromise met ainsi en péril le respect. Il ne peut plus se contenter de ses sources naturelles. Il doit, pour résister à l'usure se nourrir d'un idéal sans cesse renouvelé ! Une telle entreprise ne peut être assumée de façon individuelle car elle fait appel à la solidarité. Le travail en équipe et l'interdisciplinarité constituent des occasions à mettre à profit : elles rendent possible un recentrement sur les valeurs à l'origine de l'engagement professionnel. De plus, ils favorisent le transfert des savoirs faire. Cette « première ligne » du perfectionnement professionnel nous semble essentielle pour contrer l'émergence du sentiment d'impuissance et la perte de motivation qui en découle naturellement.

### **Les droits des personnes atteintes de troubles mentaux ce sont nos droits !**

Ce long détour explique pourquoi il faut répondre non à la question posée. Les personnes souffrant de pathologies psychiatriques n'ont pas plus de droits que nous. Bien au contraire ! Tout individu souffrant d'un trouble mental grave risque d'être privé de l'exercice de ses droits fondamentaux. Celui qui est gardé en établissement est privé de sa liberté ; l'intégrité physique de celui qui est traité contre son gré est violée ; le droit à la vie privée est réduit à sa plus simple expression en institution. Les personnes atteintes de troubles mentaux bénéficient toutefois de protections spéciales.

Ces personnes sont souvent vulnérables en raison de leurs symptômes, même lorsqu'elles vivent dans la communauté. Paradoxalement, les circonstances mêmes du traitement en institution, par exemple la garde fermée ou l'ordonnance de traitement, peuvent ajouter à cette vulnérabilité et ouvrir la porte à des nouveaux abus. C'est dans



ce contexte que s'inscrivent les principes selon lesquels il faut réduire au maximum l'usage de la force à l'égard des patients et minimiser les atteintes de leurs droits. Il y a cependant loin de la coupe aux lèvres ! La littérature témoigne de succès et d'échecs et cherche à circonscrire les facteurs de réussite. Unaniment on évoquait un changement de culture. Notre pari, comme éthicien, est de croire que l'éthique peut y contribuer, non pas tant dans sa dimension normative, en ajoutant normes sur normes, mais par une réflexion sur les enjeux de ces normes.

Rappelons enfin pour conclure une vérité que nous voudrions bien oublier : les droits des personnes atteintes de troubles mentaux, ce sont les droits de chacun de nous, les droits de nos parents, de nos enfants, de nos amis ! Leurs troubles les rendent pourtant étrangers. Ils demandent l'hospitalité dans leur propre maison.

## Notes

1. Le contexte de la demande étant la psychiatrie adulte nous avons limité notre réflexion et notre exploration de la littérature à cette population.
2. La première version fut rédigée en réaction aux abus politiques de la psychiatrie (Stefanis, 1993), la perspective des documents adoptés s'élargit par la suite à la protection des droits civiques et à la lutte contre la discrimination. Voir : <http://www.wpanet.org/content/ethics-historical.shtml> (Consulté le 30 mai 2009).
3. <http://www.wpanet.org/content/ethics-ill-rights.shtml> (Consulté le 30 mai 2009).
4. <http://www.iom.edu/CMS/3740/47464/65721.aspx> (Consulté le 30 mai 2009).

## Références

- BELKIN, G. S., 2002, Self-restraint, self-examination : a historical perspective on restraints and ethics in psychiatry, *Psychiatric Services*, 53, 6, 663-664.
- BORCKARDT, J. J., GRUBAUGH, A. L., 2007, Enhancing patient safety in psychiatric settings, *Journal of Psychiatric Practice*, 13, 6, 355-361.
- BOUDREAU, F., 2003, *De l'asile à la santé mentale : les soins psychiatriques : histoire et institutions*, Éditions Saint-Martin, Montréal.
- BUSCH, A. B., SHORE, M. F., 2000, Seclusion and restraint : a review of recent literature, *Harvard Review of Psychiatry*, 8, 5, 261-270.
- CRENSHAW, W. B., CAIN, K. A., 1997, An updated national survey on seclusion and restraint, *Psychiatric Services*, 48, 3, 395-7.

- DE KONINCK, T., 2002, *De la dignité humaine*, Quadrige/PUF, Paris.
- DONAT, D. C., 2005, Encouraging alternatives to seclusion, restraint, and reliance on PRN drugs in a public psychiatric hospital, *Psychiatric Services*, 56, 9, 1105-1108.
- EL-BADRI, S., MELLISOP, G., 2008, Patient and staff perspectives on the use of seclusion, *Australas Psychiatry*, 16, 4, 248-252.
- GASKIN, C. J., ELSOM, S. J., 2007, Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities : review of the literature, *British Journal of Psychiatry*, 191, 298-303.
- HABERMAS, J., 1987, *Théorie de l'agir communicationnel*, Fayard, Paris.
- HABERMAS, J., 1992, *De l'éthique de la discussion*, Éditions du Cerf, Paris.
- HARDESTY, S., BORCKARDT, J. J., 2007, Evaluating initiatives to reduce Seclusion And Restraint, *Journal For Quality In Healthcare*, 29, 4, 46-55.
- HELLERSTEIN, D. J., STAUB, A. B., 2007, Decreasing the use of restraint and seclusion among psychiatric inpatients, *Journal of Psychiatric Practice*, 13, 5, 308-317.
- HOPPER, A., 1973, The medical man's fiduciary duty, *The Law Teacher*, 7, 2, 73-80.
- KASTRUP, M., 2000, Abuse of psychiatry, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 399, 61-64.
- KESKI-VALKAMA, A., SAILAS, E., 2007, A 15-year national follow-up: legislation is not enough to reduce the use of seclusion and restraint, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 9, 747-752.
- KHADIVI, A. N., PATEL, R. C., 2004, Association between seclusion and restraint and patient-related violence, *Psychiatric Services*, 55, 11, 1311-1312.
- LEGAULT, G. A., DESAULNIERS, M.-P., 2003, *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme*, Presses de l'Université du Québec, Sainte-Foy.
- LIBERMAN, R. P., 2006, Elimination of seclusion and restraint: a reasonable goal ?, *Psychiatric Services*, 57, 4, 576.
- MILLER, R. D., 1997, The continuum of coercion: constitutional and clinical considerations in the treatment of mentally disordered persons, *Denver University Law Review*, 74, 4, 1169-1214.
- OSTRANDER, S. A., 1982, The impact of clients' rights legislation on hospital staff, *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health*, 9, (4), 257-271.

- PAGÉ, J.-C., 1961, *Les fous crient au secours*, Éditions du Jour, Montréal.
- PALAZZOLO, J., FAVRE, P., 2001, Restraint and seclusion in psychiatry: review and prospects, *Encephale*, 27, 6, 570-577.
- PETTI, T. A., MOHR, W. K., 2001, Perceptions of seclusion and restraint by patients and staff in an intermediate-term care facility, *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 14, 3, 115-127.
- SEICSHNAYDRE, S. E., 1992, Community mental health treatment for the mentally ill — When does less restrictive treatment become a right?, *Tulane Law Review*, 66, 6, 1971-2001.
- SJOSTROM, S., 2006, Invocation of coercion context in compliance communication — Power dynamics in psychiatric care, *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 1, 36-47.
- SMITH, G. M., DAVIS, R. H., 2005, Pennsylvania State Hospital system's seclusion and restraint reduction program, *Psychiatric Services*, 56,9, 1115-1122.
- VAN DOESELAR, SLEEGERS, M. P., 2008, Professionals' attitudes toward reducing restraint: the case of seclusion in the Netherlands, *Psychiatric Quarterly*, 79, 2, 97-109.
- WYNN, R., 2003, Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital, *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, 6, 453-459.

## ABSTRACT

### Patients' rights: A threat to caregivers?

In recent years, advocacy groups promoting patients' rights have lead to significant changes including the implementation of policies reducing measures of seclusion and restraint of patients with mental disorders. These policies are unanimous in that constraint is to be used as a solution of last resort and must be applied only under unique and exceptional circumstances. The reaction of healthcare workers to these new policies and to increase attention of patients' rights is often ignored in the current literature. Indeed, it is not rare for healthcare workers to come to think that the patients' rights supersede their own. In this article, this issue is examined from two perspectives. First, the author examines experiences of healthcare workers followed by a presentation of ethical and legal issues arising from the policies which promote the reduction of seclusion and restraint measures.

## **RESUMEN**

### **Los derechos del paciente: ¿una amenaza para el personal de salud?**

En el curso de los últimos años, los grupos de defensa de los derechos de las personas que sufren de trastornos mentales han obtenido resultados importantes, entre ellos, la adopción de políticas de reducción de las medidas de aislamiento y contención. Estas políticas son testimonio de un consenso relacionado con el hecho de que la coerción debe ser utilizada únicamente como último recurso y en circunstancias excepcionales. La creciente atención hacia los derechos de las personas que sufren de un problema de salud mental suscita reacciones poco abordadas en la literatura. Efectivamente, no es raro escuchar que el personal de salud se pregunta si los pacientes no gozan de más derechos que ellos. Este artículo examina esta interrogante desde dos perspectivas: por una parte, el autor intenta discernir lo que la experiencia del personal de salud refleja; por otra parte, identifica las cuestiones éticas y jurídicas de las políticas de los programas de reducción de medidas de aislamiento y contención.

## **RESUMO**

### **Os direitos do paciente: uma ameaça para os prestadores de cuidados?**

Durante os últimos anos, os grupos de defesa dos direitos das pessoas que sofrem transtornos mentais obtiveram resultados importantes, entre outros, a adoção de políticas de redução das medidas de isolamento e de contenção. Estas políticas testemunham um consenso segundo o qual a coerção deve ser utilizada unicamente em último caso e em circunstâncias excepcionais. A atenção cada vez maior sobre os direitos das pessoas que sofrem um problema de saúde mental suscita reações que são muito pouco abordadas na literatura. De fato, não é raro ouvir os prestadores de cuidados se questionar se os pacientes não possuem mais direitos que eles mesmos. Este artigo examina este questionamento em duas perspectivas: por um lado, o autor tenta identificar o que ele traduz da experiência dos prestadores de cuidados, por outro lado, ele identifica as questões éticas e jurídicas das políticas dos programas de redução das medidas de isolamento e de contenção.