Document généré le 29 mars 2024 04:19

Canadian Journal of Bioethics
Revue canadienne de bioéthique

La face cachée de la coercition : une herméneutique de l'ambivalence

Jacques Quintin

Volume 3, numéro 2, 2020

Éthique et santé mentale
Ethics and Mental Health

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1073542ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1073542ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Programmes de bioéthique, École de santé publique de l'Université de Montréal

ISSN

2561-4665 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Quintin, J. (2020). La face cachée de la coercition : une herméneutique de l'ambivalence. *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, *3*(2), 4–13. https://doi.org/10.7202/1073542ar

Résumé de l'article

La coercition est un sujet épineux en santé mentale. Peu de philosophes s'y sont intéressés. En principe, dans un contexte où l'on valorise l'autonomie et la liberté, la coercition ne devrait pas exister. Pourtant, la coercition est bien présente et probablement pour les meilleures raisons. La coercition soulève plusieurs questions éthiques. Souvent le problème se pose relativement au bien et au mal à l'intérieur d'une logique binaire et du tiers exclu. De notre côté, il s'agit de montrer qu'il est avantageux de nous sortir du conflit en posant le problème autrement. Nous nous demanderons jusqu'où nous devons insister dans nos interventions et comment faire évoluer une situation. Nous verrons que ces deux questions se répondent l'une et l'autre. C'est en interrogeant nos présupposés concernant la santé, l'autonomie, la sécurité et la coercition que nous réussirons à modifier notre compréhension de la situation et, par le fait même, à tracer une limite qui prendrait en compte plusieurs perspectives. Au lieu de nous questionner sur la manière de respecter l'autonomie, la santé, la sécurité, il convient plutôt de nous demander comment accompagner le patient dans des situations difficiles. En guise de conclusion, il est souhaitable d'accepter l'ambivalence entourant la coercition et de demeurer prudent en maintenant le doute et le questionnement. En ce sens, l'éthique participe à la définition de la psychiatrie et à son devenir en mettant en valeur l'importance de l'accueil, de l'écoute et du dialogue avec ce qui donne sens à une vie.

Copyright © Jacques Quintin, 2020

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

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

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

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

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

Canadian Journal of Bioethics
Revue canadienne de bioéthique

J Quintin. *Can J Bioeth / Rev Can Bioeth.* 2020;3(2):4-13

ARTICLE (ÉVALUÉ PAR LES PAIRS / PEER-REVIEWED)

La face cachée de la coercition : une herméneutique de l'ambivalence

Jacques Quintin[1]

Résumé

La coercition est un sujet épineux en santé mentale. Peu de philosophes s'y sont intéressés. En principe, dans un contexte où l'on valorise l'autonomie et la liberté, la coercition ne devrait pas exister. Pourtant, la coercition est bien présente et probablement pour les meilleures raisons. La coercition soulève plusieurs questions éthiques. Souvent le problème se pose relativement au bien et au mal à l'intérieur d'une logique binaire et du tiers exclu. De notre côté, il s'agit de montrer qu'il est avantageux de nous sortir du conflit en posant le problème autrement. Nous nous demanderons jusqu'où nous devons insister dans nos interventions et comment faire évoluer une situation. Nous verrons que ces deux questions se répondent l'une et l'autre. C'est en interrogeant nos présupposés concernant la santé, l'autonomie, la sécurité et la coercition que nous réussirons à modifier notre compréhension de la situation et, par le fait même, à tracer une limite qui prendrait en compte plusieurs perspectives. Au lieu de nous questionner sur la manière de respecter l'autonomie, la santé, la sécurité, il convient plutôt de nous demander comment accompagner le patient dans des situations difficiles. En guise de conclusion, il est souhaitable d'accepter l'ambivalence entourant la coercition et de demeurer prudent en maintenant le doute et le questionnement. En ce sens, l'éthique participe à la définition de la psychiatrie et à son devenir en mettant en valeur l'importance de l'accueil, de l'écoute et du dialogue avec ce qui donne sens à une vie.

Mots-clés

coercition, éthique, herméneutique, santé, sécurité, autonomie

Abstract

Coercion is a thorny topic in mental health. Few philosophers have taken an interest in it. In principle, in a context where autonomy and freedom are valued, coercion should not exist. However, coercion is present, and probably for the best reasons. Coercion raises a number of ethical questions. Often the problem arises in relation to good and evil, within a binary logic. For my part, the goal is to show that it is advantageous to get out of this conflict by posing the problem differently. I will instead explore how far we should push in our interventions and how to make a situation evolve. We will see that both questions answer one another. It is by questioning our assumptions concerning health, autonomy, safety and coercion that we will be able to change our understanding of the situation and, in so doing, draw a line that would take into account several perspectives. Instead of asking ourselves how to respect autonomy, health and safety, we should rather ask ourselves how to accompany the patient in difficult situations. In conclusion, it is advisable to accept the ambivalence of coercion and to remain prudent by maintaining doubt and questioning. In this sense, ethics participates in the definition of psychiatry and its future by emphasizing the importance of welcoming, listening and dialogue with what gives meaning to life.

Keywords

coercion, ethics, hermeneutics, health, safety, autonomy

Introduction

La coercition est un sujet épineux en santé mentale. En principe, dans un contexte où l'on valorise l'autonomie et la liberté, selon l'usage commun de ces deux concepts, « le fait d'exercer des pressions sur autrui pour agir à sa place, le faire agir ou l'empêcher d'agir sans son consentement » (1) ne devrait pas exister. Pourtant, la coercition est bien présente et probablement avec les meilleures intentions. Le texte suivant cherche, tout en s'appuyant en partie sur des études scientifiques à partir desquelles se dégage une ambivalence face à la coercition, à amener ce sujet au niveau de la réflexion philosophique en empruntant la voie de l'herméneutique qui consiste à rendre explicite les présupposés qui organisent notre pensée. Nous souhaitons montrer que la coercition dans le milieu psychiatrique s'inscrit dans un réseau de sens qui met en résonnance l'éthique, l'autonomie, le bien-être, la sécurité et l'ontologie avec leurs propres présupposés. De plus, nous dégagerons nos propres présupposés qui commandent notre interprétation de la coercition et notre souhait en faveur d'une éthique herméneutique. Nous conclurons avec l'idée qu'une approche herméneutique ne vise pas à surmonter l'ambivalence liée à la coercition, mais à mieux composer avec cette réalité pleine de tensions.

Une herméneutique de l'éthique

La coercition en santé mentale soulève donc plusieurs questions éthiques qui sont tributaires de nos présupposés concernant ce qu'est l'éthique. L'un de ces présupposés consiste à poser le problème en termes de bien et de mal à l'intérieur d'une logique binaire et du tiers exclu, pour reprendre la pensée d'Aristote (2). De mon côté, je souhaite montrer qu'il est avantageux de nous sortir de ce conflit en posant le problème autrement. Au lieu de poser le problème en matière de dilemme, eu égard au respect de l'autonomie d'un côté et de l'autre, au respect du souci du bien-être, de la santé ou de la sécurité, je crois qu'il convient plutôt de le poser en termes de limites. Jusqu'où doit-on insister dans nos interventions? À partir de quel moment nos interventions ne sont plus acceptables? Poser la question sur le plan des limites évite que nous nous enfermions nous-mêmes dans de mauvaises questions, c'est-à-dire des questions qui nous piègent. C'est pourquoi la question des limites est plus appropriée. Ensuite, nous voudrions suggérer une autre question qui nous permettrait de nous sortir du piège du tout et du rien. Celle-ci : comment faire évoluer une situation ou comment faire bouger les choses? Nous verrons que ces deux questions se répondent l'une et l'autre. Car c'est en interrogeant nos présupposés que nous réussissons à modifier notre compréhension de la situation et, par le fait même, à tracer une limite que je qualifierais d'inclusive dans la mesure où elle prendrait en compte plusieurs perspectives au lieu de tracer une démarcation nette entre deux options possibles. Au lieu de nous questionner sur la manière de respecter l'autonomie et la sécurité, nous pourrions nous demander comment accompagner le patient dans des situations difficiles.

2020 J Quintin. Creative Commons Attribution 4.0 International License

ISSN 2561-4665

L'éthique n'est donc pas tant une question de bien ou de mal, du tout ou du rien, mais une question de limites. Jusqu'où devons-nous nous engager dans une action? À partir de quel moment est-ce trop exiger? Certes, cette limite nous plonge dans l'incertitude. Mais n'est-ce pas justement ce qu'affirmait Aristote lorsque celui-ci dégageait l'essence de l'éthique? (3) Pour Aristote, l'éthique se différencie de l'*epistèmè* et de la *technè* justement en raison du caractère indéterminé de notre agir dans certaines situations qui ne relèvent pas de nos connaissances théoriques et techniques, mais pratiques. L'éthique, pour Aristote, fait appel à un autre type de savoir, celui de la *phronesis*, qui se résume à une réflexion, à une délibération et à un jugement en situation. Ce savoir ne vise pas à agir selon la raison, c'est-à-dire la loi qui gouverne les choses, mais selon le raisonnable ou l'intelligence de la situation.

Peu importe notre manière de tracer la ligne de départage entre le trop et l'insuffisant, notre compréhension de cette limite ou celle du raisonnable est tributaire de nos présupposés qui orientent notre compréhension, notre réflexion, notre délibération et notre jugement (4). Par exemple, dans un contexte d'*outreaching* et de soins à domicile, notre jugement à propos de ce qui serait le plus approprié sera donc organisé autour de nos conceptions de ce qu'est l'autonomie, la liberté, la santé, la sécurité, le bonheur, la destinée humaine, l'être humain, l'intervention psychosociale, la maladie mentale, la psychiatrie, la normalité, la vulnérabilité, le rétablissement, etc. Souvent, ces conceptions ne sont pas explicites et, par le fait même, demeurent tacites. Dès lors, une tâche herméneutique s'impose si nous désirons porter un meilleur jugement. L'herméneutique signifie mettre à jour ces présupposés (4). L'une des retombées de cette herméneutique consiste pour le sujet à prendre conscience qu'il existe d'autres présupposés et à dégager ce qu'ils enferment d'implicite. Ce faisant, il remarque que les limites ne se posent pas de la même façon selon les différents présupposés, et si nous en sommes conscients ou pas.

Le concept de santé en santé mentale est exemplaire à cet égard car il existe plusieurs conceptions de la santé. Certaines personnes peuvent avoir à l'esprit une conception biostatistique de la santé (5), tandis que d'autres auront une conception matérialiste, une conception pragmatique (6) ou encore une conception existentielle (7). Il en va de même avec l'autonomie. S'agit-il d'une autonomie qui relève d'un arbitraire subjectif qui livre l'être humain à ses impulsions et à une vie vécue limitée à l'instant présent ou d'une autonomie qui contraint l'être humain à agir selon des normes qu'il se donne à lui-même (1,8)? Nous pouvons également reprendre cette réflexion avec différentes conceptions de l'être humain. Celui-ci est-il compris comme un être de raison et indépendant (9) ou un être caractérisé par la vulnérabilité et l'interdépendance? (10) Même s'il existe plusieurs conceptions ou présupposés, il y en a qui sont plus profitables que d'autres (4) : ceux qui favorisent une position de sujet, ce qui se traduit par une plus grande joie de vivre (11). En ce sens, l'herméneutique n'effectue pas un travail gratuit ou seulement théorique. Elle vise à mieux saisir les présupposés les plus avantageux pour l'être humain. C'est l'un des caractères appliqués de toute interprétation (4). C'est la raison pour laquelle notre réflexion ne fera pas l'économie de ses propres présupposés.

Le souci d'expliciter nos présupposés est primordial si nous ne désirons pas faire subir des malaises, voire des souffrances, aux personnes qui reçoivent des services de soin. Cela entraîne un autre questionnement que tous les intervenants devraient se poser : que suis-je en train de faire subir à autrui au nom du respect de l'autonomie ou de la sécurité? Il convient de prendre conscience qu'avec nos valeurs et nos conceptions nous jouons dans la vie psychique d'autrui. C'est une forme d'intrusion très subtile. Foucault l'avait souligné : nos savoirs exercent un pouvoir sur la vie d'autrui (12). Cela a un impact pour les usagers, car ces savoirs influent sur la façon de se représenter comme personne. Depuis quelques années, plusieurs interventions sont justifiées en s'appuyant sur le concept de sécurité. Là aussi, nous ne savons pas trop à quoi réfère la sécurité (13). Dans certains cas, dès qu'une personne n'adopte pas des comportements attendus ou présente des signes d'une maladie mentale, elle est jugée bizarre et, par le fait même, dangereuse. Ce qui peut justifier le souci d'exercer une contrainte pour assurer la sécurité. Mais avant d'interroger ce qu'est la coercition, il convient de dégager les présupposés de l'autonomie et de la sécurité.

L'autonomie et la sécurité

L'autonomie, telle que nous l'entendons aujourd'hui, a pris son essor avec la modernité au XVII^{e} siècle. L'individu est considéré comme un être autonome qui peut faire des choix libres et éclairés et déterminer des objectifs selon ses préférences en posant un regard critique sur les normes sociales. Cette notion de l'autonomie servira de pilier à la démocratie. À la suite de Kant et des penseurs des Lumières, l'autonomie est ce qui caractérise le mieux l'être humain, surtout si celui-ci ose faire usage de sa raison face à toutes les formes d'autorité institutionnelle, religieuse et traditionnelle. Cette conception de l'autonomie implique que l'être humain est un être rationnel. C'est une conception atomiste de l'individu dans la mesure où celui-ci se forme en dehors de toutes relations sociales. Nous désignons cette idée de l'autonomie comme une autonomie rationnelle. Mettre en valeur la dignité humaine signifiera, selon ce présupposé, respecter l'autonomie rationnelle de l'individu. Selon une approche conséquentialiste, tout ce qui viendrait nuire à cette autonomie devra être écarté. Par conséquent, un mauvais usage de la raison chez la personne malade est suffisant pour la contraindre à retrouver un usage sain de sa raison en vue d'une plus grande autonomie pour son bien. Autrement dit, la dangerosité augmente avec la perte de la raison ou le contrôle de soi. Dès lors, le souci de la sécurité s'impose car la personne malade devient susceptible de mettre à risque son bien-être et celui des autres. Dans ce cas, pouvons-nous contraindre une personne à agir rationnellement ou conformément aux attentes pour lui assurer une meilleure sécurité, et par le fait même, un meilleur état de bien-être? Cette question conduit à celle de la coercition.

Les multiples visages de la coercition

Le thème de la coercition fait partie intégrante de l'histoire de la psychiatrie. Toute l'histoire de la psychiatrie pourrait être analysée sous l'angle de la coercition. Il faudra attendre le XIX^{e} siècle pour qu'un penseur comme John Stuart Mill (14) pose des balises afin de limiter le pouvoir d'autrui et de l'État sur un individu, principalement dans un contexte de santé mentale. Depuis, il existe une obligation d'obtenir le consentement du patient pour lui fournir des soins. Toutefois, si la personne présente un danger pour elle-même ou autrui, la coercition, sous la forme d'une garde préventive, provisoire ou d'une ordonnance de traitement, est requise. Cette procédure existe dans plusieurs législations, même si la procédure est différente selon les pays.

Il existe plusieurs définitions de la coercition en psychiatrie (15). Selon Szmukler et Appelbaum (16), c'est une forme de pression déployée par une personne ou une organisation sur une autre personne avec l'intention que celle-ci agisse selon les souhaits de celle-là. La coercition en psychiatrie signifie principalement le traitement involontaire, l'ordonnance de traitement, la perception d'une pression à adhérer à un traitement, la contention physique ou chimique et l'isolation (17,18).

Sur le plan juridique, selon la juridiction québécoise, il convient de rappeler le régime de garde en établissement et l'ordonnance de traitement. Il existe trois types de gardes en établissement, dont la garde préventive, la garde provisoire et la garde en établissement. La garde préventive s'applique pour les personnes présentant un danger grave et imminent pour elle-même et pour autrui en raison de son état mental. La garde provisoire se justifie sur le besoin de réaliser une évaluation psychiatrique. Finalement, la garde en établissement est octroyée par un juge suite à deux évaluations psychiatriques qui le recommandent si le patient représente un danger pour lui-même (par exemple, un risque suicidaire) et pour autrui.

Si la coercition fait partie intégrante de l'histoire de la psychiatrie, celle-ci est aussi une histoire d'essais d'émancipation, car la maladie mentale (ou autre) est aussi une forme de coercition. Les désordres psychiatriques limitent la liberté. Le psychiatre Henri Ey (19) désigne la maladie mentale comme une pathologie de la liberté.

Ainsi, l'utilisation de mesures coercitives est une pratique commune en psychiatrie, et cela dans le monde entier. Elle vise la protection de l'individu et de son entourage. Même si c'est une pratique répandue, elle demeure aussi une mesure controversée dans le monde entier parce que ces mesures peuvent être utilisées avec abus ou avec le but de punir (20,21). Le débat se déploie sur deux plans : doit-on, oui ou non, recourir à des moyens de coercition? Dans quelle situation clinique la coercition est-elle acceptable et quel type de coercition peut être sécuritaire, efficace et approprié dans différentes situations? (22-25). Face à ces deux questions, trois courants de pensée se sont développés : une approche libérale, une approche pragmatique et une approche progressiste.

Selon une approche libérale, eu égard à certaines situations spécifiques, dont la sécurité de la personne ou celle d'autrui, la coercition est reconnue comme inévitable, mais son usage doit demeurer une exception ou le dernier recours lorsqu'il n'y a plus d'autres possibilités. Comme le soulignent Hennion et Vidal-Naquet (1), la frontière entre l'évitable et l'inévitable n'est pas si simple et fait l'objet de nombreuses discussions, d'autant plus que les intervenants n'ont pas tous la même compréhension ou perception de la sécurité. Selon une approche pragmatique, il convient de rendre sécuritaire la coercition en mettant en place des protocoles dans lesquels sont précisées « dans le détail les modalités de mise en œuvre de la contrainte » (1). Cette approche ne remet pas en question le bien-fondé de la coercition ni ne s'interroge à savoir si elle est la seule manière d'agir. Son raisonnement est le suivant : la coercition a toujours existé, elle est toujours là et le sera encore jusqu'à preuve du contraire. Par conséquent, faisons en sorte que la coercition ne soit pas trop désagréable. C'est l'idée de la réduction des méfaits qui organise la réflexion pragmatique. Finalement, il y a l'approche, que je qualifierais de progressiste, qui consiste à refuser toute forme de coercition dans la mesure où la coercition est perçue comme le symptôme d'une impuissance, d'un manque de ressources, d'un manque de professionnalisme et de souci éthique.

Pour chacune des approches, il existe une tension entre le respect de la liberté et le souci du bien-être, et cela sans connaître ce qui est sous-jacent ou présupposé à la liberté, à la santé, au rétablissement, à la normalité, à la coercition, à la sécurité, etc. Il y a tout de même un consensus en faveur de la réduction de la coercition en santé mentale en raison de la défense des droits de la personne et de la participation des personnes malades au plan d'intervention dans un souci d'autonomisation (empowerment). Tous semblent d'accord pour réduire la coercition au minimum, mais peu s'entendent sur ce qu'est le minimum. C'est pourquoi la coercition est variable selon les établissements, les lieux géographiques, la culture locale (26,27). Toutefois, il convient de savoir que la coercition n'est pas toujours facilement repérable. Il existe donc plusieurs modalités de coercition autres que celles mentionnées ci-dessus. Par exemple, il y a aussi la forme de la coercition informelle. Dans ce cas, nous pouvons nous demander si influencer une personne représente ou non une forme de coercition dans un contexte de consentement plus ou moins éclairé. La même interrogation se pose avec la persuasion, l'incitation, la menace.

Il est permis de penser que l'influence est inhérente à la relation clinique et qu'elle n'est pas une détermination, dans la mesure où la personne peut toujours exercer son choix. La présence seule d'un intervenant est déjà une influence en soi. La persuasion est également moins problématique. Par exemple, dans une délibération avec la personne, la discussion, dans laquelle il y a un respect des arguments avancés par la personne et de ses valeurs, peut tourner autour d'une évaluation réaliste des avantages et des inconvénients d'un traitement. Si nous examinons la portée de l'incitation par rapport à l'engagement du patient dans un processus rationnel, consistant à peser les avantages et les inconvénients, déjà nous pouvons nous interroger : jusqu'où le patient est-il en mesure de poser un choix libre? Par exemple, un patient désirera plaire

au soignant qui s'est montré aidant pour lui. La menace semble se rapprocher davantage de la coercition. Mais Schramme (28) différencie la menace de la prédiction. Par exemple, l'intervenant dit : « si tu arrêtes ta médication, tu seras éventuellement réhospitalisé, peut-être involontairement. Et ce ne sera pas nous qui irons te chercher. » Est-ce une menace ou une prédiction? C'est un conseil offert à une personne de prendre en considération les conséquences de son choix. Certes, autant pour l'influence, la persuasion, l'incitation que la menace, la ligne est mince entre la coercition et d'autres modalités de la rencontre de l'autre. Ici aussi, il convient de mettre à jour les présupposés qui organisent notre compréhension de ce qu'est la coercition et de ce qu'elle n'est pas.

La coercition est aussi utilisée comme une possibilité de traitement. Pourtant, la question demeure : est-ce une forme de traitement? Est-ce que confiner une personne dans une salle d'isolement est un traitement? Ce n'est que récemment que les chercheurs se sont donné un cadre conceptuel pour mieux comprendre ce qu'est la coercition en distinguant les mesures objectives et l'expérience subjective d'être contraint. Les mesures objectives désignent le traitement involontaire provenant de pressions de la famille, du conjoint ou de la conjointe, d'un mandat. Elles réfèrent également à la contention, à la chambre d'isolement, à l'unité fermée ou encore à l'accompagnement de près.

Il existe une augmentation des recherches sur la perception de la coercition qui signalent que l'expérience subjective du point de vue des patients peut survenir sans qu'ils aient été assujettis à des mesures objectives de coercition (29,30). Les études montrent que l'expérience de la coercition vécue par les patients peut être influencée par des variables cliniques et sociodémographiques telle que l'âge, appartenir à un groupe ethnique minoritaire, souffrir de schizophrénie, avoir un faible insight et d'autres symptômes sévères. De plus, plusieurs patients qui sont hospitalisés sur une base volontaire disent vivre la coercition. Ils se plaignent de ne pas être écoutés, compris et ont le sentiment de ne pas avoir une influence active sur leur traitement. L'expérience d'être obligé de prendre sa médication, de manquer de contrôle et de connaître une faible alliance sont des éléments pour vivre une expérience de coercition (31,32).

Plusieurs études se sont aussi intéressées à la perspective des soignants à l'égard de leur expérience de la coercition. Les femmes soignantes sont plus critiques envers la coercition comme traitement, tandis que les soignants plus âgés la perçoivent de manière négative, y voyant une offense contre le patient et une violence à l'encontre de la relation thérapeutique. Par contre, les soignants peuvent développer une attitude d'acceptation en raison du principe d'imitation (33,34). D'autres soignants comprennent la coercition comme une forme de sécurité pour eux-mêmes. Ce constat suscite une préoccupation éthique que nous pouvons exprimer sous la forme d'une question : jusqu'où les soignants doivent-ils s'exposer au danger? Généralement, ces derniers ne sont pas très critiques envers l'utilisation de la coercition, justement pour obtenir un meilleur sentiment de sécurité. Il ressort de ces études que la coercition est moins fréquente lorsqu'il y a de meilleures relations entre les différents acteurs impliqués, un meilleur travail d'équipe, une meilleure attitude envers le patient et un bas niveau d'épuisement professionnel (35). Par exemple, l'étude de Wynn et al. (21) démontre que le nombre de personnes ou le ratio soignant/soigné a un impact sur l'utilisation des mesures de coercition, de sorte qu'il n'est peut-être pas surprenant que les équipes de nuit soient davantage en faveur de la coercition (36).

Malgré l'expérience souvent négative de la coercition chez les patients et le personnel soignant, plusieurs études démontrent qu'il existe des effets bénéfiques pour les patients. Nous assistons à une diminution de la fréquence des hospitalisations, de la durée des hospitalisations et des symptômes, à une meilleure adhérence au traitement et à une meilleure qualité de vie (37-41). Il convient toutefois de préciser que ces études ne précisent pas ou peu la nature de la coercition. S'agit-il d'ordonnance de traitement, de l'administration de la médication injectable à longue action ou tous autres dispositifs? Par contre, d'autres études signalent des effets nuisibles chez les patients. La coercition est une violation des droits de la personne. Elle peut limiter les occasions d'établir une relation thérapeutique positive et empêcher les patients de s'engager dans leur traitement et dans des traitements futurs, ce qui ne favorise pas l'autonomisation (*empowerment*). En outre, elle peut induire un stress posttraumatique ou réactiver de vieux traumatismes (39,42-44).

Données factuelles et travail de la pensée

Toutes les études que nous avons mises à contribution jusqu'à présent nous fournissent des données. Cependant, elles n'interrogent aucunement les présupposés qui donneraient un sens à la coercition. L'un de ses présupposés est l'idée que l'hôpital ou le service de soins est un lieu de repos, de sorte qu'aucune agitation, aucune perturbation ou aucun tapage ne sera toléré. Un autre présupposé est la croyance qu'il faut, dans les cas difficiles, briser la volonté de la personne afin de la rendre plus obéissante. Il y a aussi l'idée de punir la personne malade. Cette dernière n'aimera pas les conséquences, par conséquent, elle apprendra ce qui est le mieux pour elle. Par exemple, dans un trouble alimentaire, elle sera privée de sortie à l'extérieur si elle ne mange pas suffisamment, car l'activité de la marche peut entraîner une perte de poids. Nous retrouvons ici l'ambiguïté entre le traitement et la coercition.

Ce qui rend l'expérience de la coercition difficile pour les patients est le fait qu'elle ne fait pas toujours sens, et par le fait même, pose une barrière importante à l'autonomisation. Il devient ardu d'établir une confiance et une relation lorsque le patient a toujours la crainte de la possibilité d'un usage de la coercition. Cette menace est vécue comme une perte de contrôle, le contraire de l'autonomisation. Le sens, une relation significative et le contrôle sont des éléments pour l'autonomisation (45-47). Chez les personnes malades, l'expérience de se retrouver dans une salle d'isolement augmente le sentiment de perte de valeur, d'abandon et de rejet (48).

Nous avons mentionné précédemment que l'éthique n'est pas qu'une question de dilemme, mais de limites. Il convient d'ajouter aussi que l'éthique est le souci de la bonne justification. La protection de la personne contre elle-même et la protection des autres est souvent le critère utilisé. Pourtant, la notion de risque de violence et de dangerosité est un concept élastique, surtout que la perception du degré d'un comportement violent varie selon le genre, dans la mesure où les femmes montrent un seuil de tolérance envers l'agressivité plus bas que les hommes. L'intolérance et la peur sont souvent liées aux déclarations trompeuses. Par exemple, l'expression de la colère, comme lever le ton, peut être perçue comme un comportement d'agressivité. Il y a également les préjugés comme celui qui laisse croire que les personnes souffrant de schizophrénie sont dangereuses. Pourtant, il est difficile de prédire les épisodes de violence (20). Nous pouvons prévoir raisonnablement les prochaines minutes ou heures, mais plus nous nous étendons dans le temps, plus il devient difficile de prévoir avec exactitude. Il existe aussi un autre présupposé, dont la croyance que la coercition est un outil de prévention contre la violence. Pourtant, il est possible que l'utilisation de la coercition augmente la frustration, et par le fait même, la violence (seulement retardée ou créée). Un cercle s'installe alors : la frustration entraîne la coercition, et, en contrepartie, la coercition suscite la frustration, et, par le fait même, implique d'autres mesures de coercition, et cela jusqu'à briser la volonté de la personne. Le patient subit à son tour une forme de violence au nom de l'éthique ou de la sécurité. Comme quoi l'éthique ou l'application de valeurs nobles ne permet pas de penser et de justifier que nos actions soient automatiquement raisonnables. L'un des pires usages que nous pourrions faire de l'éthique serait de ne plus entendre la souffrance et la détresse des patients. L'éthique est trop souvent mise au profit des soignants en faveur de leur protection. Pourtant, elle existe principalement pour donner une voix aux patients. Et si cette voix est criarde, c'est probablement parce que les soignants n'entendent plus rien.

Cela n'est pas sans conséquence sur certains soignants. Ceux-ci, sous certaines conditions, transgressent leurs valeurs en connaissance de cause et adoptent des comportements inacceptables selon leur propre évaluation (49). Ces soignants deviendront moins engagés (50) et plus souffrants (51). Comme les patients, ils se retrouvent à vivre dans deux mondes différents. D'un côté, le monde médical avec ses valeurs et de l'autre côté, le monde de la vie vécue, avec aussi ses propres valeurs. Si les soignants perçoivent généralement la situation selon le point de vue médical, les soignés la perçoivent selon leur histoire de vie personnelle (52). Ce faisant, le modèle médical est souvent mal compris des soignés ou rejeté par ces derniers. Mais nous pourrions ajouter que la part existentielle l'est tout autant du côté des soignants. Nous assistons à deux niveaux de réalité comme deux lignes parallèles qui ne se touchent pas. Cela entraîne une incompréhension de part et d'autre. Certes, tous parlent de santé mentale, mais chacun a sa propre représentation de la santé mentale. Malgré un langage commun, on assiste à un dialogue de sourds, car chacun parle en s'appuyant sur des présupposés différents. Le concept de qualité de vie représente un excellent exemple. Pour le personnel médical, la qualité de vie d'un patient peut signifier une vie bien ordonnée dans laquelle le patient adopte des comportements attendus. Tandis que pour le patient, la qualité de vie peut se mesurer à l'aune d'une vie significative (54), même si elle se déploie en défaveur de la santé.

Les soignants peuvent aussi expérimenter la souffrance en étant pris dans un conflit de loyauté et un conflit de rôle. Par exemple, la santé mentale comme dispositif de traitement et d'autonomisation entre souvent en conflit avec le renforcement de la loi, de sorte que la relation de soin risque de se dégrader. Cela entraîne une autre question éthique : assistons-nous à une instrumentalisation des soins psychiatriques à d'autres fins? Il y a le danger que les soignants perdent leur identité : soigner. Il convient de rappeler le faux raisonnement que Hume a mis en lumière (54). Ce n'est pas parce qu'une pratique existe, depuis peu ou longtemps, qu'elle doit nécessairement exister. Il s'agit de distinguer l'ordre de la description de l'ordre de la prescription ou, dit autrement, ce qui existe n'implique pas forcément que nous devons le faire. Il devient facile pour le soignant de se dire à lui-même pour se justifier : « tout le monde le fait, donc je le fais. »

Cela ne signifie pas que les soignants sont toujours insensibles au vécu des patients et qu'il n'existe pas d'espace de travail relationnel dans le quotidien du travail du soin. *A contrario*, les soignants se sentent souvent interpellés dans leur conscience, ce qui les amène souvent à protester contre les usages abusifs de la coercition et à poser des actes de résistance afin de redonner une dimension humaine aux soins. Nous pouvons alors nous questionner sur l'acceptabilité éthique de certaines pratiques de soin en raison du contexte d'austérité et de certains facteurs organisationnels dans la mesure où ce contexte contraint à l'obéissance aveugle ou à la protestation et à la résistance, ce qui l'un dans l'autre induit une souffrance. Il y a toute une réflexion à poursuivre sur l'écart entre les valeurs des soignants et celles promues par les systèmes de soin sans qu'il y ait de mauvaises intentions de part et d'autre.

Une éthique herméneutique

C'est la raison pour laquelle réfléchir selon une perspective éthique, c'est souvent penser à l'encontre du groupe et des usages en mettant à contribution une autre éthique, une éthique de la vertu, dont la vertu du courage qui peut prendre la forme de la résistance comme celle de la remise en question. Il ne s'agit pas tant d'adopter pour les soignants une attitude de dénonciation qu'une ouverture à examiner ses propres présupposés. Si Socrate affirme qu'une vie non examinée ne mérite pas d'être vécue (55), je propose l'idée qu'une activité professionnelle qui n'est pas examinée en regard de ses présupposés est à risque de produire le pire malgré ses bonnes intentions. J'en appelle donc à une éthique herméneutique, non pas pour nous sortir du déontologisme, du conséquentialisme, de l'utilitarisme ou de l'éthique du care, mais pour faire usage de ces théories ou principes éthiques de manière libre et éclairée en mettant en lumière les présupposés qui fondent ces cadres théoriques et qui guident notre réflexion, notre délibération et nos prises de décision.

La difficulté consiste chaque fois à se sortir d'une seule valeur comme d'un seul jeu de langage : le bien-être ou la sécurité coûte que coûte, sans égard pour toutes les autres valeurs possibles et sans égard pour les conséquences possibles, dont l'écrasement d'une vie de sujet et d'une vie créative. Lorsque le bien-être devient la valeur cardinale, une fin en soi, c'est là que commence la coercition par abus de pouvoir. Pourtant, le bien-être comme la sécurité ne devraient être compris seulement que comme des moyens pour l'accomplissement de soi. Dans l'histoire, on observe que lorsqu'on a voulu imposer le salut à tous les sujets, c'est-à-dire leur bien-être futur, se sont instauré des pratiques de violence. Aujourd'hui, il ne s'agit plus du salut des âmes, mais du bien-être des personnes ou de leur sécurité. Dans chaque cas, il s'agit d'agir en vue du bien de la personne. Nous pourrions donc poser la question éthique autrement. Et si on agissait en vue de la liberté en lieu et place du bien-être ou d'un bien de tout autre genre comme la sécurité? Il me semble que chaque fois que l'on veut agir en vue d'une plus grande liberté chez autrui, nous sommes contraints ou limités à laisser une grande liberté aux gens sans pour autant négliger les autres dimensions. Dans ce cas-ci, il y a une concordance éthique entre les moyens et la fin.

La seule coercition est celle d'inviter l'autre à un dialogue et à une réflexion sur la liberté, sur ce qu'est une vie qui a du sens, sur ce qu'est de poser des choix libres et éclairés, des choix qui libèrent. La liberté s'acquiert par un travail de la pensée sur sa propre existence. Contrairement à ce que beaucoup de professionnels de la santé pensent, le besoin premier des personnes en détresse n'est pas uniquement un besoin de bien-être et de sécurité, mais un besoin de penser sa propre vie, de délibérer sur les meilleures options en fonction de ce qui fait sens et de choisir en fonction de ce qui fait sens. Par conséquent, il se peut que le bien-être ne soit jamais une option. Ni la sécurité de sa personne. Cela ne signifie pas pour le soignant de profiter du dialogue pour imposer ses propres valeurs comme ses propres présupposés (4). *A contrario*, le dialogue se présente comme une pratique de clarification consistant à révéler les fondements de notre pensée et de notre agir (4). C'est la raison pour laquelle la coercition n'est pas la cessation du dialogue ou ne devrait pas l'être, mais le commencement de quelque chose. Elle doit servir de levier ou se transformer en ouverture sur un approfondissement de la vie dans son caractère existentiel.

Toutefois, pour penser, le soigné a besoin d'autres perspectives pour nourrir sa compréhension de ses propres présupposés, comme ceux entourant la psychiatrie. Le rôle du professionnel de la santé dans ce cas consiste à accompagner l'autre dans sa réflexion. C'est pourquoi les professionnels de la santé en psychiatrie ne peuvent pas faire l'économie de la philosophie, si nous acceptons celle-ci comme la compétence à dégager les présupposés ou les logiques qui sous-tendent nos discours, nos valeurs et nos justifications. Les conséquences fâcheuses sur une vie ne représentent pas la seule manière de donner sens à la coercition.

Donc, le dialogue n'est pas un exercice qui vise à convaincre, mais à découvrir ensemble ce qui semble donner le plus d'intelligibilité à une situation difficile. En ce sens, le dialogue herméneutique est ce qui permet de nous sortir de différents rapports de pouvoir comme de certaines idéologies. C'est pourquoi il convient aussi de dégager quelques présupposés qui gouvernent notre proposition, dont l'éthique et l'ontologie relationnelle.

L'éthique relationnelle

Nous avons vu qu'il existe plusieurs données dont nous ne pouvons pas faire l'économie dans notre réflexion. Par contre, ces données, quoique nécessaires, sont insuffisantes si nous n'en dégageons pas les présupposés. Les présupposés, qui ne sont pas de l'ordre des données, demandent un travail de la pensée réflexive. Ils ne sont pas une réalité qui se donne sans un effort de réflexion. L'être humain doit creuser sa conscience pour dégager ce qui se tient caché sous les données. Ce travail de la pensée trouve son efficacité lorsqu'il est fait à travers un dialogue entre intervenants, mais aussi et surtout avec les personnes souffrant d'un trouble mental. Ce travail exploratoire n'est pas possible sans la création de liens significatifs. C'est pourquoi le premier enjeu éthique consiste à établir une relation significative, car sans cette qualité relationnelle, il devient impossible de se mettre en accord sur le besoin de chercher ensemble ce qui donne sens ou non. Cela nécessite d'accueillir la souffrance psychique au-delà du diagnostic en allant à sa rencontre dans son expression. Il s'agit donc de créer un espace réflexif ou de recherche commune à partir duquel ce qui est vécu peut prendre une forme significative lorsqu'on en dégage les présupposés.

Accueillir l'autre dans sa souffrance, créer des liens significatifs, établir un dialogue autour du sens et finalement entreprendre un travail exploratoire correspond à une éthique relationnelle fondée sur une autonomie relationnelle. C'est une éthique qui pose les conditions pour que les partenaires dans la relation de soin parviennent à dégager ensemble les présupposés qui guident leur expérience de vie et de soin. Cette éthique, en mettant l'accent sur la vulnérabilité et la dépendance de l'être humain, montre clairement que le sens d'une expérience n'est pas une donnée scientifique, mais l'effet d'un travail exploratoire qui dépend des autres et de la qualité du dialogue. Cette éthique présuppose que le sens se donne dans une relation. Pour l'éthique relationnelle, la relation a préséance sur le bien-être. Elle se démarque d'une éthique utilitariste qui met justement l'accent sur le bonheur du plus grand nombre. Une éthique relationnelle est une éthique avec peu d'exigences qui se satisfait d'accepter l'autre dans son expérience de vie avec son propre rythme et de développer des liens sociaux à travers l'accompagnement. Ce minimum est suffisant dans beaucoup de cas pour éviter la coercition.

En somme, l'éthique relationnelle, sans exclure les autres éthiques comme celles qui mettent l'accent sur des principes et des règles visant les bonnes actions, sur des vertus qui prennent en compte le bon caractère, sur les cas antécédents, comme le fait la casuistique, et sur l'attention aux autres, comme le proclament les éthiques du care, met l'accent surtout sur la qualité

relationnelle, car sans cette qualité, les autres éthiques sont confrontées à leur limite (56). L'idée de trouver une solution universelle (57) est écartée en faveur d'une activité interpersonnelle dans la mesure où les réponses éthiques émergent de la relation elle-même. L'éthique relationnelle consiste à promouvoir les qualités du dialogue dans lequel chaque partenaire s'engage à réfléchir, délibérer et choisir avec autrui. En ce sens, elle cherche avant toute chose à créer un espace relationnel. Cela implique que lorsque les partenaires sont engagés dans un dialogue, ils ne savent pas à l'avance ce qui devrait être appliqué ou ce qui devra être fait. C'est à l'intérieur même du processus relationnel que se réalisent la réflexion, la délibération et la prise de décision. Cela présuppose que s'il n'y a pas de réponses toutes faites à l'avance, il n'y a pas plus de réponses qui peuvent se maintenir indéfiniment dans le temps. La nature des relations change en regard du contexte même de la relation. Par conséquent, une démarche éthique n'est en aucune façon réservée à des experts en éthique.

Le philosophe Gadamer insiste sur le fait qu'une bonne délibération éthique se déploie à l'intérieur même de la situation par ceux qui s'y trouvent engagés (58). Cela ne signifie pas qu'il n'y a pas de vérité, mais que la vérité, ou plutôt le raisonnable, se trouve à l'intérieur même de la configuration historique, culturelle et sociale de la situation dans laquelle les personnes impliquées vivent (56). Ce faisant, une éthique relationnelle a besoin de sécurité interpersonnelle pour être à la hauteur de sa visée. La sécurité sert ici de condition de possibilité pragmatique pour la mise en acte d'une éthique herméneutique.

L'autonomie relationnelle

L'éthique relationnelle trouve son fondement dans une ontologie de l'autonomie relationnelle qui, à son tour, a pris racine dans les théories féministes et se différencie de l'autonomie libérale ou rationnelle. L'autonomie relationnelle se fonde sur l'idée que l'individu se forme dans le contexte de sa relation avec son corps, ses émotions et autrui. Cela le rend vulnérable, car il dépend de réalités dont il n'a pas l'entière maîtrise. Selon Taylor, le rapport à soi et l'agir dans le monde sont médiatisés par les relations sociales et la reconnaissance d'autrui (59). Puisque l'être dépend d'autrui pour devenir ce qu'il est et pense pouvoir devenir, il est un être de vulnérabilité. Il est un être qui se caractérise par sa capacité à être affecté par ses propres limites temporelles et spatiales et par ses facultés intellectuelles, à son impuissance, aux événements non choisis, à autrui et à sa nature biologique qui lui fait vivre une pléthore d'expériences encore une fois subies et non choisies. C'est pourquoi nous désignons cette condition comme une autonomie vulnérable ou dépendante, dans la mesure où elle est une autonomie qui s'acquiert au contact des autres.

Pour le professionnel de la santé, il n'y a qu'une question : que suis-je en train de faire subir à autrui? Autrement dit, comment ma présence contribue-t-elle à favoriser l'essor de l'autonomie chez autrui si l'autonomie devient, si nous reprenons la pensée de Ricœur, la capacité pour la personne de répondre de ses paroles, de ses actes et de ses choix? (60) Cultiver l'autonomie d'autrui n'est pas possible sans avoir à notre disposition des conditions pragmatiques qui favorisent justement cette autonomie relationnelle. C'est en ce sens que la sécurité devient un levier important sur le chemin de l'autonomie relationnelle. La sécurité, et par le fait même la coercition deviennent un geste de solidarité et de coopération. Si la coercition devient parfois nécessaire, elle doit servir à poser des conditions pragmatiques pour éventuellement entamer ou reprendre un travail réflexif sur ce qui fait sens ou sur ce qui manque de sens.

L'éthique relationnelle, en se fondant sur l'autonomie relationnelle, c'est-à-dire sur la vulnérabilité impartie à la condition humaine, devient donc la prémisse pour le développement d'une éthique herméneutique et dialogique à l'intérieur de laquelle il devient possible de donner un sens à la coercition et à la liberté. C'est à l'intérieur d'un tel dialogue qu'émergera la justesse ou la limite appropriée d'une démarche coercitive en acceptant que le caractère ambivalent ou tensionnel de la coercition demeure. Les soignants demandent constamment aux patients de prendre des décisions libres et éclairées en vue de leur bien-être. Il n'en va pas autrement pour les soignants. Pour cette raison, l'herméneutique contribue à une prise de décision libre et éclairée.

Conclusion

Notre parcours nous a amenés à souligner les présupposés qui guident la réflexion éthique. Nous avons souligné quelques présupposés qui se cachent derrière l'autonomie et la sécurité. Ensuite, nous avons dressé un portrait global afin de faire ressortir le caractère ambivalent de la coercition à partir duquel une éthique herméneutique avec ses propres présupposés devient une posture avantageuse pour naviguer dans le champ de l'incertitude et pour éventuellement pouvoir tracer une ligne de partage entre le respect de l'autonomie et le respect de la sécurité.

Dès lors, il est souhaitable d'accepter l'ambivalence de la coercition, d'admettre notre ignorance comme le proclamait Socrate, et par conséquent, de demeurer prudents en maintenant le doute et le questionnement, sans nous empêcher d'agir convenablement. Certes, la vie peut être souvent chaotique, de sorte que la coercition peut devenir une réponse attribuable au désordre, mais elle peut aussi générer son propre chaos, sa propre souffrance. Pour cette raison, une coercition mieux comprise, incluse dans une perspective toujours plus élargie, contribue à lui donner un sens. Nous ne pouvons pas donner sens à la coercition si nous ne l'insérons pas dans une narration, si nous ne prenons pas en compte la complexité de la situation, si nous n'impliquons pas toutes les personnes concernées dans un dialogue. Pour cette raison, la seule dimension de la sécurité ne suffit pas, si ce n'est que pour assurer des conditions pragmatiques en faveur d'une autonomie relationnelle à travers une éthique relationnelle.

Finalement, il convient de se rappeler que l'éthique existe pour réfléchir sur ce qui mérite d'exister ou pas. Si en psychiatrie, il s'agit de faire exister une position de sujet qui rend le sujet vivant, donc désireux de s'engager dans l'existence, il convient de s'interroger sur la coercition et sa contribution à une existence plus significative pour toute personne. Cette existence devient plus révélatrice lorsqu'on accepte de penser ensemble l'impensable et l'insensé. Dès lors, l'éthique participe à la définition de la psychiatrie et à son devenir en mettant en valeur l'importance de l'accueil, de l'écoute et du dialogue avec ce qui donne sens à une vie. À l'intérieur de ce cadre de pensée, la coercition ne se présente plus comme une entreprise de normalisation, mais comme un rappel de la nécessité pour chaque être humain de devenir des êtres de normativité, c'est-à-dire des êtres créateurs de leurs propres normes. Comme le souligne Canguilhem, nous devons comprendre la santé autrement qu'une simple normalité (61). La sécurité et la santé comme bien-être ne sont plus des fins en soi, mais des moyens qui assurent une vie créative et, par le fait même, significative. En ce sens, croire strictement en une autonomie rationnelle, quoique encore utile et éloquente pour protester contre les abus de pouvoir, devient pure folie autant du côté des soignés que des soignants.

Conflits d'intérêts
Jacques Quintin est éditeur de section de la Revue canadienne de bioéthique. Il n'a pas participé à la révision ou à l'approbation de ce manuscrit.

Conflicts of Interest
Jacques Quintin is a Section editor at the Canadian Journal of Bioethics. He was not involved with the review or approval of this manuscript.

Responsabilités des évaluateurs externes
Les recommandations des évaluateurs externes sont prises en considération de façon sérieuse par les éditeurs et les auteurs dans la préparation des manuscrits pour publication. Toutefois, être nommé comme évaluateurs n'indique pas nécessairement l'approbation de ce manuscrit. Les éditeurs de la *Revue canadienne de bioéthique* assument la responsabilité entière de l'acceptation finale et de la publication d'un article.

Peer-reviewer responsibilities
Reviewer evaluations are given serious consideration by the editors and authors in the preparation of manuscripts for publication. Nonetheless, being named as a reviewer does not necessarily denote approval of a manuscript; the editors of *Canadian Journal of Bioethics* take full responsibility for final acceptance and publication of an article.

Édition/Editors: Lise Levesque & Aliya Affdal
Évaluation/Peer-Review: Pierre Pariseau-Legault & Pierre Le Coz

Affiliations
[1] Département de psychiatrie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Montréal, Quebec, Canada

Correspondance / Correspondence: Jacques Quintin, jacques.quintin@usherbrooke.ca

Reçu/Received: 11 Mar 2019 **Publié/Published:** 30 Oct 2020

Les éditeurs suivent les recommandations et les procédures décrites dans le Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors de COPE. Plus précisément, ils travaillent pour s'assurer des plus hautes normes éthiques de la publication, y compris l'identification et la gestion des conflits d'intérêts (pour les éditeurs et pour les auteurs), la juste évaluation des manuscrits et la publication de manuscrits qui répondent aux normes d'excellence de la revue.

The editors follow the recommendations and procedures outlined in the COPE Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors. Specifically, the editors will work to ensure the highest ethical standards of publication, including: the identification and management of conflicts of interest (for editors and for authors), the fair evaluation of manuscripts, and the publication of manuscripts that meet the journal's standards of excellence.

Références

1. Hennion A, Vidal-Naquet P. La contrainte est-elle compatible avec le care? Le cas de l'aide et du soin à la maison. Alter. Eur J Disabil Res. 2015;9:207-221.
2. Aristote. Métaphysique. Paris : GF Flammarion; 2008.
3. Aristote. Éthique à Nicomaque. Paris : GF Flammarion; 2004.
4. Gadamer H.-G. Vérité et méthode. Paris : Seuil; 1996.
5. Boorse C. Le concept théorique de santé. In : Giroux E, Lemoine M, dir. Philosophie de la médecine. Paris : Vrin; 2012, p. 61-119.
6. Nordenfelt L. Action, Ability and Health. Essays in the Philosophy of Action and Welfare. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 2000.
7. Toombs SK. The Meaning of Illness. A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1993.
8. Kant E. Métaphysique des mœurs I. Fondation. Introduction. Paris: GF Flammarion; 1994.
9. Descartes R. Œuvres complètes III. Discours de la Méthode et Essais. Paris : Gallimard; 2009.
10. Tronto J. Un monde vulnérable. Pour une politique du care. Paris : La découverte; 2009.
11. Spinoza. Œuvres complètes. Paris : Gallimard; 1954.
12. Foucault M. La volonté de savoir. Paris : Gallimard; 1976.
13. Gros F. Le Principe Sécurité. Paris : Gallimard; 2012.
14. Mill JS. De la liberté. Paris : Gallimard; 1990.
15. Wertheimer A. Coercion. Princeton NJ : Princeton University Press : 1987.
16. Szmukler G, Appelbaum PS. Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care. J Ment Health. 2008;17(3):233-244.
17. Kuosmanen I, Hätönen H, Malkavaara H, Kylmä, Vällimäki M. Deprivation of liberty in psychiatric hospital care: the patient's perspective. Nurs Ethics. 2007;14(5):597-607.

18. Wynn R. Staff's Choice of formal and informal coercive interventions in psychiatric emergencies. Int J Forensic Ment. 2003;2(2):157-164.
19. Ey H, Bernard P, Brisset C. Manuel de psychiatrie, 6e éd. Paris : Masson; 1989.
20. Wynn R. Coercion in psychiatric care: Clinical, legal, and ethical controversies. Int J Psychiat Clin, 2006;10(4):247-251.
21. Wynn R, Kvalvik AM, Hynnekleiv T. Attitudes to coercion at two Norwegian psychiatric units. Nord J Psychiat. 2011;65(2):133-137.
22. Prinsen EJ, van Delden JJ. Can we justify eliminating coercive measures in psychiatry? J Med Ethics. 2009;35(1):69-73.
23. Gaskin CJ, Elsom SJ. Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities: review of the literature. Brit J Psychiat. 2007;191:298-303.
24. Wynn R, Myklebust LH, Bratlid T. Psychologists and coercion: decisions regarding involuntary psychiatric admission and treatment in a group of Norwegian psychologists. Nord J Psychiat. 2007;61(6):433-437.
25. Steele RL. Staff attitudes toward seclusion and restraint: anything new? Perspect Psychiat C. 1993;29(3):23-28.
26. Fischer W. Restraint and seclusion: a review of literature. Am J Psychiat. 1994:151;1584-1591.
27. Klinge V. Staff opinions about seclusion and restraint at a state forensic hospital. Hosp Community Psych. 1994;45(2):138-141.
28. Schramme T. Coercive threats and offers in psychiatry. In Schramme T, Thome J (eds), Philosophy and Psychiatry. Berlin: De Gruyter, 2004: 357-369.
29. Lidz CW, Semlali I, Beuchat H et al. Perceived coercion in mental hospital admission. Pressures and process. Arch Gen Psychiat. 1995;52(12):1034-1039.
30. Lidz CW, Mulvey EP, Hoge SK et al. Factual sources of psychiatric patients' perceptions of coercion in the hospital admission process. Am J Psychiat. 1998;155(9):1254-1260.
31. Monahan J, Hoge SK, Lidz C, et al. Coercion and commitment: understanding involuntary hospital admission. Int J Law Psychiat. 1995;18:249-263.
32. Sheehan KA, Burns T. Perceived coercion and the therapeutic relationship: a neglected association? Psychiatr Serv. 2011;62(5):471-476.
33. Milgram, S. La soumission à l'autorité. Paris : Calmann-Lévy; 1994.
34. Bion W. Recherches sur les petits groupes. Paris : Presses Universitaires de France; 1965.
35. Bowers L. On conflict, containment and the relationship between them. Nurs Inq. 2006;13(3):172-180.
36. Husum TL, Finset A, Ruude T. The Staff Attitude to Coercion Scale (SACS): Reliability, validity and feasibility. Int J Law Psychiat. 2008;31(5):417-422.
37. Christy A, Boothroyd RA, Petrila J, Poythress N. The reported prevalence of mandated community treatment in two Florida samples. Behav Sci Law. 2003;21:493-502.
38. Swanson JW, Swartz MS, Elbogen E et al. Effects of involuntary outpatient commitment on subjective quality of life in persons with severe mental illness. Behav Sci Law. 2003;21:473-491.
39. Swartz MS, Swanson JW, Hannon MJ. Does fear of coercion keep people away from mental health treatment? Evidence from a survey of persons with schizophrenia and mental health professionals. Behav Sci Law. 2003;21(4):459-472.
40. Strack K. M, Deal WP, Schulenberg SE. Coercion and empowerment in the treatment of individuals with serious mental illness: A preliminary investigation. Psychol Serv. 2007;4(2):96-106.
41. Kortrijk HE, Staring AB, van Baars AW, Mulder CL. Involuntary admission may support treatment outcome and motivation in patients receiving assertive community treatment. Soc Psych Psych Epid. 2010;45:245-252.
42. Corrigan PW. Empowerment and serious mental illness: Treatment partnerships and community opportunities. Psychiat Quart. 2002;7:217-228.
43. Mancini MA, Hardiman ER, Lawson HA. Making sense of it all: consumer providers' theories about factors facilitating and impeding recovery from psychiatric disabilities. Psychiatr Rehabil J. 2005;29(1):48-55.
44. Meyer H, Taiminen T, Vuori T, Aijälä A, Helenius H. Posttraumatic stress disorder symptoms related to psychosis and acute involuntary hospitalization in schizophrenic and delusional patients. J Nerv Ment Dis. 1999;187(6):343-352.
45. Davidson L, Chinman M, Sells D, Rowe M. Peer support among adults with serious mental illness: A report from the field. Schizophrenia Bull. 2006;32(3):443-450.
46. Linhorst DM, Eckert A. Conditions for empowering people with severe mental illness. Soc Serv Rev. 2003;77(2): 279-305.
47. Strack KM, Schulenberg SE. Understanding empowerment, meaning, and perceived coercion in individuals with serious mental illness. J Clin Psychol. 2009;65(10):1137-1148.
48. Holmes D, Kennedy SL, Perron A. The mentally ill and social exclusion: A critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective. Issus Ment Health N. 2004;25(6):559-578.
49. Hutchinson M, Jackson D, Walter G, Cleary M. Coercion and the corruption of care in mental health nursing: lessons from a case study. Issues Ment Health N. 2013;34(6):476-480.
50. Hutchinson M. Wilkes L, Jackson D, Vickers M. Integrating individual, work group and organisational factors: Testing a multidimensional model of bullying in the nursing workplace. J Nurs Manage. 2010;18(2):173-181.
51. Hirigoyen MF. Le harcèlement moral. Paris: Havas poche; 2000.
52. Scheid-Cook TL. Controllers and controlled: An analysis of participant constructions of outpatient commitment. Sociol Health Ill. 1993;15(2):179-198.

53. Quintin J. Accompagner le patient dans ses choix de vie: le jeu de la conversation. Éthique et santé. 2014;11(2):69-76.
54. Hume D. La morale. Traité de la nature humaine. Paris : GF-Flammarion; 1993.
55. Platon. Apologie de Socrate. Paris : GF Flammarion; 2005.
56. Bergum V, Dossetor J. Relational Ethics. The Full Meaning of Respect. Hagerstown, MD: University Publishing Group; 2005.
57. Quintin J. Éthique et toxicomanie. Les conduites addictives au cœur de la condition humaine. Montréal : Liber; 2013.
58. Gadamer HG. Vérité et méthode. Paris : Seuil; 1996.
59. Taylor C. Les sources du moi. Montréal : Boréal; 2003.
60. Ricoeur P. Parcours de la reconnaissance. Paris : Stock; 2004.
61. Canguilhem G. Le normal et la pathologique. Paris : Presses Universitaires de France; 2015.
62. Wittgenstein L. Recherches philosophiques. Paris : Gallimard; 2004.