

Université de Montréal

Les perceptions de personnes atteintes de troubles mentaux suite à une formation de gestion de comportements agressifs adaptée par et pour leurs membres de familles

Par
Gabrielle Chicoine

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des sciences infirmières
En vue de l'obtention du grade de Maître ès Sciences (MSc.)
en sciences infirmières option expertise-conseil en soins infirmiers

Août 2014
Gabrielle Chicoine, 2014

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Les perceptions de personnes atteintes de troubles mentaux suite à une formation de gestion de comportements agressifs adaptée par et pour leurs membres de familles

Présenté par

Gabrielle Chicoine

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Jean-Pierre Bonin, PhD.

Directeur de recherche

Caroline Larue, PhD.

Co-directrice de recherche

Christine Genest, PhD.

Président-rapporteur

Éric Ahern, PhD.

Membre du jury

Résumé

Les écrits rapportent qu'entre 10% et 40% des personnes atteintes de troubles mentaux ont présenté des comportements agressifs depuis l'établissement du diagnostic, et qu'entre 50% et 65% de ces comportements sont perpétrés envers les membres de la famille (Estroff et al., 1998). Or, les aidants naturels se sentent fréquemment démunis devant le comportement impulsif et agressif de leur proche atteint d'un trouble de santé mentale (Bonin & Lavoie-Tremblay, 2010) et la majorité des proches aidants ne reçoivent pas de soutien professionnel (Doornbos, 2001). À cet effet, une équipe de chercheurs et d'organismes communautaires ont mis sur pied un projet de formation adaptée par et pour les familles relativement à la gestion des comportements agressifs de leur proche atteint d'un trouble de santé mentale s'appuyant sur l'approche *OMEGA* communautaire (Bonin et al., 2011).

La présente recherche est inspirée du modèle de Fresan et ses collaborateurs (2007), qui inclut les familles et leur proche atteint dans la prévention de la rechute et le rétablissement de ce dernier. Cette étude avait donc pour but de décrire et analyser, par un devis mixte, les perceptions de l'agressivité, du fonctionnement familial ainsi que de l'observance au traitement médical de personnes atteintes de troubles mentaux, suite à une formation de gestion des comportements agressifs adaptée par et pour des membres de familles, et suivie par leur proche aidant. Des questionnaires auto-administrés ont été remis et complétés par 25 personnes atteintes et comprenaient trois instruments qui étaient : 1. un questionnaire sociodémographique; 2. le *Basis-24* (Eisen, 2007) permettant d'évaluer la condition mentale de la personne atteinte; 3. l'Échelle de perception de l'agressivité permettant de mesurer la fréquence et le niveau des comportements agressifs (De Benedictis et al., 2011); et 4. l'Échelle du fonctionnement familial permettant de mesurer le fonctionnement familial (Epstein, Baldwin, & Bishop, 1983). Des questions supplémentaires au questionnaire portaient sur l'observance au traitement médical et sur les changements observés. Des analyses descriptives et corrélationnelles bivariées ont été réalisées pour analyser les données quantitatives. Par la suite, des entrevues individuelles ont été réalisées auprès de huit personnes atteintes de troubles mentaux dont le membre de famille avait suivi la formation de gestion des comportements agressifs. La méthode d'analyse classique de Miles et Huberman (2003) a été utilisée pour réaliser l'analyse des données.

L'analyse des données a permis de dégager les perceptions des personnes atteintes de troubles mentaux au regard de la formation de gestion des comportements agressifs que leur membre de famille avait suivi. Ainsi, le programme de formation *OMÉGA* adaptée par et pour les familles permettrait d'une part de diminuer l'agressivité et, d'autre part, d'améliorer le climat familial. De plus, selon les personnes atteintes, leur membre de famille était plus à l'écoute et faisait moins preuve d'intrusion, ce qui diminuait les conflits et favorisait une meilleure dynamique familiale. Cette étude a mis en évidence qu'il est nécessaire d'impliquer les familles dans les programmes de prévention de la rechute de la maladie mentale dans les soins de première ligne. Cette étude contribue ainsi à l'amélioration des connaissances sur la dynamique famille-patient et sur le rétablissement des personnes atteintes de troubles mentaux. Aussi, cette recherche propose des recommandations pour la recherche, la pratique, la formation et la gestion en sciences infirmières.

Mots clés: Maladie mentale; famille; agressivité; violence; interventions familiales; psychoéducation.

Summary

Literature reports that between 10% and 40% of people with mental disorders showed aggressive behavior since establishing the diagnosis, and between 50% and 65% of these behaviors are perpetrated against members of the family (Estroff et al. 1998). However, caregivers often feel helpless in the face of impulsive and aggressive behavior of their loved one with a mental health disorder (Bonin & Lavoie-Tremblay, 2010) and the majority of caregivers do not receive professional support (Doornbos, 2001). For this purpose, a team of researchers and community organizations have established a training adapted by and for families in relation to the management of aggressive behavior of their loved one with a mental health disorder based on Community *OMEGA* approach (Bonin et al., 2011).

This research was inspired by the Fresan and collaborators' model (2007), which includes families and their loved ones achieved in the prevention of relapse and recovery thereof. Using a mixed-design, the study aimed to describe and analyze, perceptions of aggression, family functioning and adherence to medical treatment of people with mental disorders, following a training about aggressive behavior management training adapted by and for family members and to which their caregiver attended. Self-administered questionnaires were distributed and completed by 25 people and included three instruments: 1. a sociodemographic questionnaire; 2) the *Basis-24* (Eisen, 2007) to assess the mental condition of the person; 3. the perception of aggressiveness scale (POAS) to measure the frequency and the level of aggressive behavior (De Benedictis et al., 2011; and 4. the family assessment device (FAD) to measure family functioning (Epstein, Baldwin, & Bishop, 1983). Additional questions to the questionnaire focused on adherence to medical treatment and the observed changes. Descriptive correlative analyzes and *T-test* were performed to analyze quantitative data. Thereafter, individual interviews were held with eight persons with mental disorders whose family member was trained in management of aggressive behavior. The classical method of analysis of Miles and Huberman (2003) was used to perform data analysis.

The data analysis allowed to identified the perceptions of people with mental disorders with regard to training in managing aggressive behavior that their family member had followed. Thus, the *OMEGA* training program adapted by and for family members would help on the one hand reducing aggression and on the other hand, improve family atmosphere. Moreover, according to the persons with mental disorders, their family member was more attentive and less intrusive, which decreased conflict and promoted better family dynamics. This study has highlighted the need to involve families in prevention programs about relapse of mental illness in primary care. This study contributes to the improvement of knowledge on the patient and family dynamics and on the recovery of people with mental disorders. Also, this research provides recommendations for research, practice, education and management in nursing.

Keywords: Mental Illness; family; aggressiveness; violence; family interventions; psychoeducation.

Table des matières

Résumé	iv
Summary	v
Table des matières	vi
Liste des figures	vii
Liste des tableaux	viii
Liste des abréviations	ix
Remerciements	x
CHAPITRE 1 : LA PROBLÉMATIQUE	1
1.1 Mise en contexte	2
1.2 Problématique de recherche	5
1.3 But de l'étude	15
CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS	17
2.1 Les troubles mentaux : définitions	20
2.2 Les comportements agressifs et violents : définitions	22
2.3 Le phénomène des comportements agressifs et violents perpétrés par les personnes atteintes de troubles mentaux	25
2.4 Les répercussions des comportements agressifs et violents sur les membres de famille	40
2.5 Les recherches empiriques sur les interventions familiales évaluées à ce jour	45
CHAPITRE 3 : CADRE DE RÉFÉRENCE ET QUESTIONS DE RECHERCHES	52
3.1 Cadre de référence : Modèle sur les comportements violents des personnes atteintes de troubles mentaux comme facteurs prédictifs de ré-hospitalisations	53
3.2 Questions de recherche	56

CHAPITRE 4 : MÉTHODE.....	58
4.1 Contexte de recherche	59
4.2 Devis de recherche	64
4.3 Milieu de recherche et échantillon	65
4.4 Déroulement de l'étude	66
4.5 Volet quantitatif.....	67
4.6 Volet qualitatif.....	74
4.7 Considérations éthiques.....	81
 CHAPITRE 5 : RÉSULTATS.....	 83
5.2 L'analyse des résultats de la section quantitative.....	84
5.3 L'analyse des résultats de la section qualitative.....	96
 CHAPITRE 6 : DISCUSSION.....	 134
6.1 Description de l'échantillon, des participants aux entrevues et des variables sociodémographiques	135
6.2 Discussion et interprétation des résultats obtenus en regard de l'état actuel des connaissances	138
6.3 Forces et limites de l'étude.....	152
6.4 Contribution de l'étude à l'avancement des connaissances en sciences infirmières.....	153
6.5 Recommandations pour la profession infirmière	157
CONCLUSION	163
 RÉFÉRENCES.....	 166
 Appendice A : Formulaire de consentement aux membres de famille	 176
Appendice B : Questionnaire auto-rapporté.....	178
Appendice C : Guide d'entretien.....	193
Appendice D : Formulaire de consentement aux proches atteints de troubles mentaux.....	196
Appendice E : Addendum	201

Liste des figures

Figure

1	Les comportements violents: facteur prédictif des ré-hospitalisations.....	14
2	Le continuum santé mentale – maladie mentale.....	22
3	Schéma réalisé durant l’analyse des données qualitatives.....	78

Liste des tableaux

Tableau 1	Distribution de fréquences des caractéristiques sociodémographiques des participants aux questionnaires	86
Tableau 2	Répartition des participants selon le score obtenu au <i>Basis-24</i>	88
Tableau 3	Répartition des participants selon le score obtenu au POAS	89
Tableau 4	Répartition des participants selon le score obtenu au FAD	90
Tableau 5	Analyse de corrélation entre les variables obtenues au <i>Basis-24</i>	92
Tableau 6	Analyse de corrélation entre les variables obtenues au POAS	93
Tableau 7	Analyse de corrélation entre les variables obtenues par le <i>Basis-24</i> , le POAS et le FAD.....	95
Tableau 8	Caractéristiques sociodémographiques des participants aux entrevues	97
Tableau 9	Les thèmes et les sous-thèmes ayant émergés de l'analyse qualitative	107

Liste des abréviations

ASSS	Agences de santé et de services sociaux
ASSTSAS	Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales
FAD	Family Assessment Device
FFAPAMM	Fédération des familles et des amis de personnes atteintes de maladies mentales
FRSQ	Fonds de la recherche en santé du Québec
IRSC	Institut de recherche en santé du Canada
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
OAS	Overt Aggression Scale
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PASM	Plan d'action en santé mentale 2005-2010
POAS	Perception of Aggression Scale
QOS	Questionnaire d'opinion sur les services
RAP	Recherche action participative
SQS	Société québécoise de la schizophrénie

Remerciements

En terminant la rédaction de ce mémoire, c'est une page de ma vie qui tourne; une belle et grande aventure qui prend fin. Être étudiante à la maîtrise signifie beaucoup d'engagement, de persévérance et de détermination, mais surtout beaucoup de soutien. C'est pour cela que je désire remercier profondément les personnes qui m'ont accompagné tout au long des deux dernières années sans quoi la réalisation de ce projet de recherche n'aurait pu être possible.

Je tiens tout d'abord à souligner le soutien et la confiance inconditionnels, l'écoute la disponibilité de mon directeur de recherche, Monsieur Jean-Pierre Bonin. Je tiens à lui exprimer toute ma gratitude, car sans lui, ce mémoire n'aurait jamais pu se terminer. De plus, je mentionne à quel point ce travail de collaboration a été pour moi inspirant; Monsieur Bonin est un chercheur passionné, humain, enthousiaste face à l'amélioration des soins en psychiatrie dans son approche auprès des familles. Il fut et sera pour moi un mentor dans ma pratique infirmière et son implication m'aura permis de réaliser cette étude à terme et de me dépasser à différents égards.

Je remercie chaleureusement de Madame Caroline Larue, codirectrice de ce projet de recherche, qui fut pour moi d'une grande aide par sa rigueur, ses capacités d'analyse et l'intérêt qu'elle a manifesté pour mon mémoire. Son soutien et son expertise m'aura sans aucun doute permis de persévérer dans la réalisation de ce travail.

J'aimerais aussi adresser mes plus sincères remerciements aux familles et à leurs proches atteints qui ont accepté de participer à cette étude. Leur participation, leur générosité, leur confiance à mon égard ont facilité la réalisation de ce projet.

Ma reconnaissance s'adresse également aux organismes qui m'ont soutenu financièrement durant mes études de deuxième cycle. Je souligne ainsi la Faculté des sciences infirmières de

l'Université de Montréal (FSI), le Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ) ainsi que le programme de bourses MELS de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Leurs apports financiers ont largement contribué à mener ce projet de recherche à terme en m'offrant la possibilité de m'y consacrer à temps plein et en y donnant le temps et les efforts nécessaires.

En terminant, j'offre mes plus sincères remerciements et tout mon amour à ma maman, Sophie, qui m'a offert son soutien, tant sur le plan émotionnel que matériel. Elle m'accompagne depuis mon premier jour; mais particulièrement depuis les deux dernières années, tant dans les moments heureux que ceux qui ont été plus difficiles. Sans son amour, sa fierté envers moi et sa générosité, je n'aurais su trouver la motivation et l'énergie pour entreprendre et terminer ce magnifique défi. Maman; tes douces paroles, tes encouragements et ton émerveillement devant mes réalisations m'ont donné la force et le courage d'avancer et, surtout, de cheminer positivement depuis les deux dernières années.

Chapitre 1
Problématique

La présente étude fait partie d'une étude plus vaste qui vise l'implantation et l'évaluation d'une formation de gestion des comportements agressifs adaptée par et pour des membres de famille dont le proche est atteint de troubles mentaux. La trame narrative de la problématique de recherche sera présentée selon les éléments constituant le modèle conceptuel de Fresan, Apiquian, Garcia-Anaya et Nicoline (2007), cadre de référence retenu pour cette étude. Respectant une chronologie particulière, l'articulation de la problématique permettra de faire ressortir la circularité des relations entre les dimensions qui contribuent à la rechute des comportements agressifs des personnes atteintes de troubles mentaux. Enfin, le but de cette étude sera présenté.

1.1 Mise en contexte

Un projet de recherche portant sur les besoins des familles de personnes ayant une maladie mentale a révélé que les proches-aidants se sentent fréquemment démunis devant le comportement impulsif, dérangeant ou agressif de leur proche atteint (Lavoie-Tremblay et al., 2012). Dans le cadre de ce projet mené auprès d'un peu moins de 1500 familles québécoises, plus du tiers des familles sondées (36%) ont mentionné que leur proche a déjà manifesté des comportements agressifs verbaux ou physiques. De plus, 25% des familles ont affirmé qu'il serait pertinent pour elles de recevoir une formation sur la gestion des comportements agressifs (Lavoie-Tremblay et al., 2012).

À cet effet, une équipe de chercheurs et d'organismes communautaires a mis sur pied un projet de formation adaptée par et pour les familles relativement à la gestion des comportements agressifs de leur proche atteint d'un trouble mental et s'appuyant sur l'approche *OMEGA* (Bonin et al., 2011). Le programme de formation *OMEGA* vise à habiliter les participants à faire face aux situations d'agressivité. Le personnel de plusieurs hôpitaux et de centres jeunesse reçoit cette formation afin de pouvoir prévenir les crises d'agressivité ou d'y répondre adéquatement au besoin (Robitaille, 1999). Une étude a démontré que, suite à la formation, les intervenants sont significativement davantage persuadés de la nécessité de laisser la personne exprimer verbalement ce qu'elle ressent et que l'écoute active peut être appropriée et permettre de résoudre la crise (Groleau, Bigras, & Arsenault, 2008).

Le but du programme de formation est d'améliorer la capacité de prise en charge des familles lors d'une escalade agressive d'un proche atteint de troubles mentaux. Pour atteindre ce but, l'équipe de chercheurs financée par l'Institut de recherche en santé du Canada (IRSC) et le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) a proposé de développer, d'implanter et d'évaluer un programme de formation par et pour des membres de familles relativement à la gestion de l'agressivité. Les objectifs spécifiques de cette étude étaient: 1. de décrire le processus de planification; de création et d'implantation de chacune des vagues de la nouvelle formation; et 2. de mesurer et de comparer les effets de la nouvelle formation lors des deux vagues auprès des membres de familles participants et auprès des intervenants impliqués. Il s'agit d'une recherche-action participative, soit la réalisation d'une recherche avec et pour les gens, plutôt que de s'en servir comme sujets (Gagné, 2005 ; Reason & Rowan, 1981).

Le volet «action» de cette recherche est inspiré du modèle de collaboration décrit par l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (2005). Selon ce modèle,

Les soins de santé mentale axés sur la collaboration permettent un éventail de modèles de pratique qui impliquent à la fois les usagers, les familles, les aidants naturels et les prestataires de soins de santé, favorisent la santé mentale et fournissent des services mieux coordonnés et plus efficaces pour répondre aux besoins de santé mentale des individus. Chacune des ces personnes apporte une expérience, une formation, des connaissances et des compétences différentes (Gagné, 2005, p.6).

Par ailleurs, le volet recherche est appuyé par le modèle d'évaluation d'une intervention de Champagne, Contandriopoulos, Brouselle, Hartz et Denis (2009), lequel intègre l'évaluation normative et la recherche évaluative.

Dans un premier temps, 14 membres de familles de personnes atteintes de troubles mentaux ont été recrutés au sein d'organismes communautaires et ont reçu la formation *OMEGA communautaire* de quatre jours par des infirmiers de l'*Institut universitaire Douglas*. Il était attendu que ces mêmes membres de familles adaptent la formation déjà existante à leurs besoins et à leur réalité. Par la suite, les 14 membres de familles ont dispensé la nouvelle formation pour des membres de familles de personnes atteintes de troubles mentaux à travers les organismes communautaires partenaires au projet à deux reprises (T1 et T1a). Ils ont aussi recruté de nouveaux formateurs parmi les participants et une deuxième vague incluant ces derniers a été mise sur pied.

Un volet qualitatif et un volet quantitatif sont utilisés pour l'évaluation de l'intervention. Des entrevues individuelles et de groupe sont menées auprès des diverses instances impliquées dans le projet (gestionnaires des organismes communautaires et institutionnels, formateurs de l'*Institut universitaire Douglas*, participants, Agences de santé et de services sociaux (ASSS) de Montréal et de Québec). Des questionnaires sont remis aux participants de l'étude, soit les membres de familles ayant reçu la nouvelle formation. Les instruments suivants sont utilisés pour mesurer et pour évaluer cette initiative auprès des familles de personnes atteintes de troubles mentaux: des données sociodémographiques, l'Échelle de perception de l'agressivité provenant d'une version

simplifiée du questionnaire «Perception of Aggression Scale» (POAS) (Abderhalden, Needham, Poelmans, & Dassen, 2002; De Benedectis et al., 2011), l'Indice de détresse psychologique qui est une traduction du «Psychiatric Symptom Index» (Ilfeld, 1976), l'*empowerment* (autonomisation) qui est une combinaison de l'Échelle de l'estime de soi (Rosenberg, 1965) et l'instrument «Making Decisions» (Rogers, Chamberlin, Ellison, & Crean, 1997) et la satisfaction des participants par le «Questionnaire d'opinion sur les services» (QOS) (Perreault, Leichner, Sabourin, & Gendreau 1993; Perreault et al., 1999).

Le présent projet est une addition originale à la recherche participative de Bonin et al. (2011). Il s'agira de décrire et analyser les perceptions de l'agressivité, du fonctionnement familial ainsi que de l'observance au traitement médical de personnes atteintes de troubles mentaux dont le membre de la famille a suivi une formation de gestion des comportements agressifs. Ce projet se distingue ainsi de l'étude plus large menée par Bonin et al. (2011) quant au devis et à la population, puisque cette dernière portait sur les membres de familles formateurs et participants

1.2 Problématique de recherche

Santé Canada (2006) révélait que la majorité des Canadiens (80%) sera directement ou indirectement (famille, amis, proche) touchée par une maladie mentale¹ au cours de leur vie. D'ici 2020, la charge globale des troubles mentaux représentera 15 % de l'ensemble des maladies dans le monde et la dépression constituera la première cause d'invalidité (OMS, 2003). Aussi, le

¹ «La maladie mentale (ou trouble mental) est considérée comme un syndrome comportemental ou psychologique cliniquement significatif marqué par la détresse de la personne, l'invalidité ou le risque de souffrir d'invalidité et un changement dans le fonctionnement global» [Traduction libre] (Varcolis & Halter, 2010, p.4). L'Association américaine de psychiatrie (1999) énonce différents critères permettant la classification des troubles mentaux qui sont : léger, moyen, sévère, rémission partielle et rémission complète. La santé mentale, quant à elle, réfère davantage à un sentiment de bien-être caractérisé par un haut niveau de fonctionnement et une capacité à gérer le stress quotidien (Varcolis & Halter, 2010). Toutefois, la santé mentale se définit au-delà la présence ou de l'absence de troubles mentaux (Ministère de la santé et des services sociaux, 2011).

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) a identifié la santé mentale comme une priorité d'intervention dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* (PASM) (MSSS, 2005), qui est encore à ce jour d'actualité. Les assises de ce plan d'action sont l'accessibilité aux soins, la continuité des soins et l'efficience du système de santé de même que la qualité de vie (MSSS, 2005). «Pour favoriser cette vision, les mesures du plan visent en priorité la mise en place de services de première ligne [accessibles] dans les communautés locales» (MSSS, 2005, p.13).

Les services de première ligne en santé mentale ont été marqués par la période de désinstitutionalisation des services psychiatriques débutée dans les années 1960. La majorité des patients atteints de troubles mentaux vivent ainsi dans la communauté et, de ce nombre, 50% vivent dans le même domicile que leur famille (Solomon, Cavanaugh, & Gelles 2005). Les membres de famille des personnes atteintes de troubles mentaux doivent donc assurer les soins primaires de leur proche et jouer le rôle d'aidant naturel (Stam & Cuijpers, 2001). Ainsi, la gestion de la maladie et le rétablissement des personnes atteintes de troubles mentaux s'effectue principalement dans la communauté. La gestion de la maladie à domicile fait référence à un ensemble de comportements et de facteurs de protection dont le respect du plan de traitement médical, la gestion du stress et des émotions, l'importance du soutien social, la qualité des liens familiaux et le milieu de vie (Rea et al., 2003). Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2001), la prise en charge des troubles mentaux nécessite un équilibre entre trois composantes: le traitement médicamenteux, la psychothérapie et la réadaptation psychosociale. L'adoption de ces comportements et ces conditions instaurées favoriseraient ainsi le rétablissement des personnes ayant une maladie mentale.

La notion de réadaptation psychosociale s'est développée suite aux mouvements sociaux dans les années 1970, où les résultats de recherches scientifiques ont permis de faire le constat que la

thérapie médicamenteuse, à elle seule, ne suffisait pas pour permettre aux personnes atteintes de troubles mentaux de fonctionner dans la communauté (Gélinas, 1998 ; Rea et al., 2003). La réadaptation psychosociale se définit comme étant «un processus permettant aux personnes présentant une déficience, une incapacité ou un handicap dus à un trouble mental d'atteindre un degré optimal d'autonomie au sein de la communauté» (OMS, 2001). Elle consiste à la fois à améliorer les aptitudes individuelles et à modifier l'environnement (OMS, 2001). Il s'agit d'un processus dont le but ultime est d'aider la personne atteinte à se rétablir et à fonctionner dans son milieu de vie. Cette pratique d'interventions de première ligne faisant référence au suivi communautaire témoigne d'un désir profond des professionnels de la santé d'accompagner la personne atteinte dans son milieu de vie dans une optique d'intégration sociale.

Le concept de rétablissement en santé mentale fait référence, par ailleurs, à une expérience subjective où la personne atteinte utilise ses forces et ses ressources internes pour «reconstruire sa vie malgré la maladie» (Noiseux & Ricard, 2008, p.1159). Il s'agit d'une façon, pour la personne atteinte, de se réapproprier sa vie malgré la maladie, par le développement d'un sens nouveau donné à son existence (Lauzon & Lecompte, 2002). Dans une étude de théorisation ancrée, Noiseux et Ricard (2008) ont défini le rétablissement, tel que vécu par les personnes atteintes de troubles mentaux, les membres de famille et les professionnels de la santé, comme étant un processus caractérisé par des mouvements non linéaires où le patient oscille entre un sentiment de bien-être et la présence de symptômes de décompensation.

Ainsi, les personnes atteintes de troubles mentaux peuvent passer d'un état de stabilité vers une décompensation de leur maladie à plusieurs reprises au courant de leur vie. Les périodes de décompensation, aussi appelées rechutes, sont marquées par une exacerbation des symptômes anxieux et dépressifs, des préoccupations somatiques, des tendances suicidaires, des

comportements bizarres et désorganisés ou des symptômes psychotiques (hallucinations, délires, contenu inhabituel de la pensée, suspicion) (Lukoff, Nuechterlein, & Ventura, 1986). Lors des périodes de décompensation, les personnes atteintes vivent fréquemment de la peur, de l'irritabilité et de l'hostilité, ce qui peut entraîner des comportements agressifs à l'endroit de leur famille et de leur environnement (Fresan & al., 2007; Swanson et al., 2000).

Les comportements agressifs ou l'agression se définissent par «une action ou un comportement dont le résultat est une attaque verbale ou physique» (Varcolis & Halter, 2010, p.565). L'intentionnalité de faire du mal à autrui est donc une caractéristique importante des comportements agressifs (Anderson & Bushman, 2002). La violence, se définit plutôt par une forme d'agression extrême (Shaver & Mikulincer, 2011 ; Varcolis & Halter, 2010). Enfin, l'agressivité peut être définie comme une réponse émotionnelle à un besoin non comblé ou à une frustration vécue (Varcolis & Halter, 2010). Gorton et Patridge (1982) conceptualisent la crise d'agressivité comme étant une escalade de la tension provoquée par des stimuli externes pouvant amener la personne au passage à l'acte, soit le comportement agressif ou violent. Ce projet de recherche, qui s'insère dans une étude plus vaste, s'intéresse donc d'une part aux comportements agressifs perpétrés par les personnes atteintes de troubles mentaux et d'autre part, à la crise d'agressivité comme phénomène précédant l'acte agressif.

Les comportements agressifs engendrés par les personnes atteintes de maladies mentales sont largement reconnus par les professionnels de la santé comme étant associés à des rechutes de la maladie et à des ré-hospitalisations multiples (Swanson et al., 2000). Depuis la période de désinstitutionalisation des années 1960, les études ont révélé que le taux d'arrestation des personnes atteintes de troubles mentaux avait substantiellement augmenté (Torrey, 1994). Les écrits rapportent qu'entre 10% et 40% des personnes atteintes de troubles mentaux ont présenté des

comportements agressifs depuis l'établissement du diagnostic (Estroff, Swanson, Lachicotte, Swartz, & Bolduc, 1998). De ce nombre, il est rapporté qu'entre 50% et 65% des comportements agressifs commis par les personnes atteintes de troubles mentaux sont perpétrés envers les membres de la famille (Estroff et al., 1998). Plusieurs études soutiennent le fait que la maladie mentale est associée à la violence, qu'elle en serait un facteur de risque (Mulvey, 1994; Swanson, Borum, Swartz, & Monahan, 1996; Van Dorn, Volavka, & Jonhson, 2012). D'ailleurs, la schizophrénie est le diagnostic médical ayant été le plus associé aux comportements violents (Fresan & al., 2007). Il semble effectivement que certains des symptômes psychotiques de la maladie tel que les hallucinations, la peur et l'irritabilité peuvent engendrer des comportements agressifs chez le patient (Fresan & al., 2007). D'autres auteurs soutiennent que les comportements agressifs ou violents peuvent également être présents chez des personnes ayant d'autres diagnostics de troubles mentaux dont les troubles anxieux, les troubles de l'humeur et les troubles de la personnalité (Friedman, 2006; Van Dorn, Williams, Del-Colle, & Hawkins, 2009). De plus, certains facteurs sont associés au risque de comportements agressifs chez les personnes atteintes de troubles mentaux soit l'âge, le sexe, le diagnostic médical, la nature des symptômes, le stress ressenti, le soutien social, la consommation de drogues, les antécédents de violence, le fait d'avoir été victime de violence et le milieu familial (Estroff, Zimmer, Lachicotte, & Benoit, 1994; Harvard Mental Health Letter, 2011; Scott & Resnick, 2006; Swanson & al., 1996; Van Dorn & al., 2012)

Les données recensées relativement à l'incidence des comportements agressifs et violents chez les personnes atteintes de troubles mentaux révèlent toutefois que la majorité d'entre elles ne sont pas plus dangereuses que la majorité de la population (Harvard Mental Health Letter, 2011 ; Torrey, 1994). Ce stéréotype, prédominant au courant du 19^{ème} siècle, serait toujours présent dans notre société (Torrey, 1994). La stigmatisation et les stéréotypes négatifs sont un réel problème pour les

personnes atteintes de troubles mentaux et pour leurs familles, ce qui contribuerait à leur invalidité (difficulté d'accès à des logements, à des emplois et à des programmes sociaux) (Torrey, 1994).

Différentes études recensées qui s'intéressent au phénomène de la violence chez les personnes atteintes de troubles mentaux révèlent que des interventions telles que les ordonnances de traitement permettraient de réduire le risque de comportements violents (Swanson et al., 2000). Ces interventions légales à l'intention des personnes atteintes de troubles mentaux offrent des services de soutien et de suivi psychiatriques et obligent la personne atteinte à suivre son traitement pharmacologique et à se présenter à ses rendez-vous de suivi (Swanson et al., 2000). Les résultats de différentes études portant sur l'évaluation d'interventions de type ordonnance de traitements dans la communauté ont révélé que les patients étaient moins à risque de présenter des comportements violents, présentaient moins de symptômes de rechute, respectaient leur traitement pharmacologique et consommaient moins de drogues illégales (Christy, Petrila, McCranie, & Lotts, 2006; Slobogin, 1994 ; Swanson et al., 2000). Toutefois, bien que ces interventions semblent pertinentes pour réduire les comportements violents chez les patients vivant dans la communauté, elles n'impliquent et ne reconnaissent pas les membres de famille de personnes atteintes de troubles mentaux dans les services de soins de santé qui souffrent nécessairement des répercussions de la maladie de leur proche.

Les comportements agressifs perpétrés par les personnes atteintes de troubles mentaux engendrent une détresse émotionnelle chez les membres de familles (Doornbos, 2001). Le fait d'assurer les soins primaires de leur proche atteint de troubles mentaux et de jouer le rôle d'aidant naturel est stressant pour les membres de la famille en grande partie parce qu'ils doivent faire face à des comportements perturbateurs, agressifs, socialement inacceptables et parfois même incompréhensibles (Stam & Cuijpers, 2001; Thompson, 2007). Une étude qualitative menée par

Chang et Horrocks (2005) révèle que les familles de proches atteints d'un trouble mental vivent une stigmatisation forte par la société et ne se sentent pas prêtes à remplir leur rôle d'aidant. Chacun des épisodes de décompensation de la maladie mentale est donc un évènement stressant pour le proche aidant, marqué par la peur d'une nouvelle rechute (Reinares et al., 2006). Dans cette perspective, de nombreuses études ont indiqué que le fardeau vécu par les proches de personnes ayant une maladie mentale était considérable et que leur qualité de vie et leur sentiment de bien-être en sont affectés (Stam & Cuijpers, 2001; Walton-Moss, Gerson, & Rose, 2005). Selon Weimand, Hedelin, Sällström et Hall-Lord (2010), les proches aidants de personnes atteintes de troubles mentaux présentent, selon des proportions significatives, une moins bonne santé que la population générale. Les familles sont aux prises avec de lourdes responsabilités envers leur proche malade sans toutefois bénéficier des conseils, du soutien ou du répit dont elles auraient besoins (Doornbos, 2001 ; Hatfield, 1994). Une étude a également révélé que les membres de famille d'un proche atteint de troubles mentaux éprouvaient de la difficulté à recevoir des services rapidement en cas de problèmes (Lavoie-Tremblay et al., 2012). Les familles sont ainsi prises au cœur d'un paradoxe : elles ont longtemps été considérées par les professionnels comme la source des désordres psychotiques de leur proche, alors que depuis la période de désinstitutionalisation qui s'est opérée dans les années 1970, le système a tenté de les impliquer davantage dans la prise en charge et les soins à prodiguer (Carpentier, 2001; Morin, 2012). La gestion des comportements agressifs du patient atteint de maladie mentale nécessite que les familles soient incluses dans la prévention de la rechute de ce dernier (Copeland, 2007).

Différentes interventions pour les membres de famille dont le proche est atteint de troubles mentaux ont fait l'objet d'études empiriques. Ces interventions familiales sont très diversifiées : rencontres famille-patient, rencontres de famille en groupe, suivi avec des familles en individuel

(Pharoah, Mari, Rathbone, & Wong, 2010). Ces interventions varient également quant à leur durée soit de quelques semaines jusqu'à plusieurs années (Pharoah & al., 2010). Certains éléments semblent essentiels aux interventions familiales: coordination des soins et des traitements, gestion de la médication, écoute et soutien émotionnel, résolution de problèmes de la vie courante, gestion des situations de crise, amélioration de la communication patient-famille, enseignement sur la maladie et les symptômes, élargissement du réseau social et offre de ressources adaptées (Dixon et al., 2001). Ces interventions familiales ont fait l'objet d'évaluations permettant de juger de leur pertinence. Dans les études recensées, les évaluations portaient soit sur les membres de la famille ayant reçu l'intervention familiale, soit sur le proche atteint. Aucune de ces études ne s'est intéressée à la gestion des comportements agressifs par les membres de famille dont le proche est atteint d'une maladie mentale. En ce qui a trait aux études portant sur les membres de familles, elles se sont intéressées à leur sentiment de fardeau, à leur détresse psychologique, à leur appréciation des interventions et à leur expérience en tant que proche aidant (Justo, Soares, & Calil, 2009; Pharoah & al., 2010). Concernant les études sur les personnes atteintes de troubles mentaux, dont la majorité étaient à devis expérimental randomisé, elles s'intéressaient à l'utilisation des services par la personne atteinte, au nombre d'hospitalisations, aux symptômes de rechute, à la sévérité des symptômes, mais ne s'intéressaient pas à leur point de vue (Justo, Soares, & Calil, 2009; Pharoah & al., 2010).

D'un point de vue clinique, il semble que les services actuellement implantés dans la communauté ne permettent pas de prévenir l'apparition de comportements violents ou agressifs, puisque les patients à risque n'adhèrent pas à leur traitement pharmacologique, ne se présentent pas à leur rendez-vous de suivi, souffrent de toxicomanie et ont un soutien social inadéquat (Swanson et al., 2000). Le modèle de Fresan et al. (2007), illustré à la figure 1, permet de décrire

le cycle de rechute menant à l'hospitalisation du proche atteint de troubles mentaux. L'hypothèse générale de ce modèle est que la violence peut devenir un pattern circulaire chez le patient atteint de schizophrénie, où la combinaison d'un dysfonctionnement familial² et de la non-observance au traitement médical³ peut entraîner une rechute de comportements agressifs. Ce modèle intègre ainsi, dans une perspective systémique, la façon dont les familles interviennent face aux symptômes et aux comportements dérangeants associés aux troubles mentaux et à la façon dont ils sont soutenus par les intervenants. Considérant ce modèle théorique, il apparaît pertinent que de tenir compte de la perception des personnes atteintes quant à l'agressivité.

² La non-observance au traitement médical inclue un ensemble de comportements chez les patients allant d'un refus complet à une irrégularité relativement à la médication prescrite, au rendez-vous de suivi, aux programmes d'enseignement ou de thérapie et aux conseils d'hygiène de vie par les professionnels de la santé (Higashi et al., 2013).

³ Le fonctionnement familial fait référence «à l'ensemble des détails du comportement des individus les uns envers les autres» (Wright & Leahey, 2007, p.135). Le fonctionnement de la famille comporte deux dimensions : la dimension instrumentale et la dimension expressive.

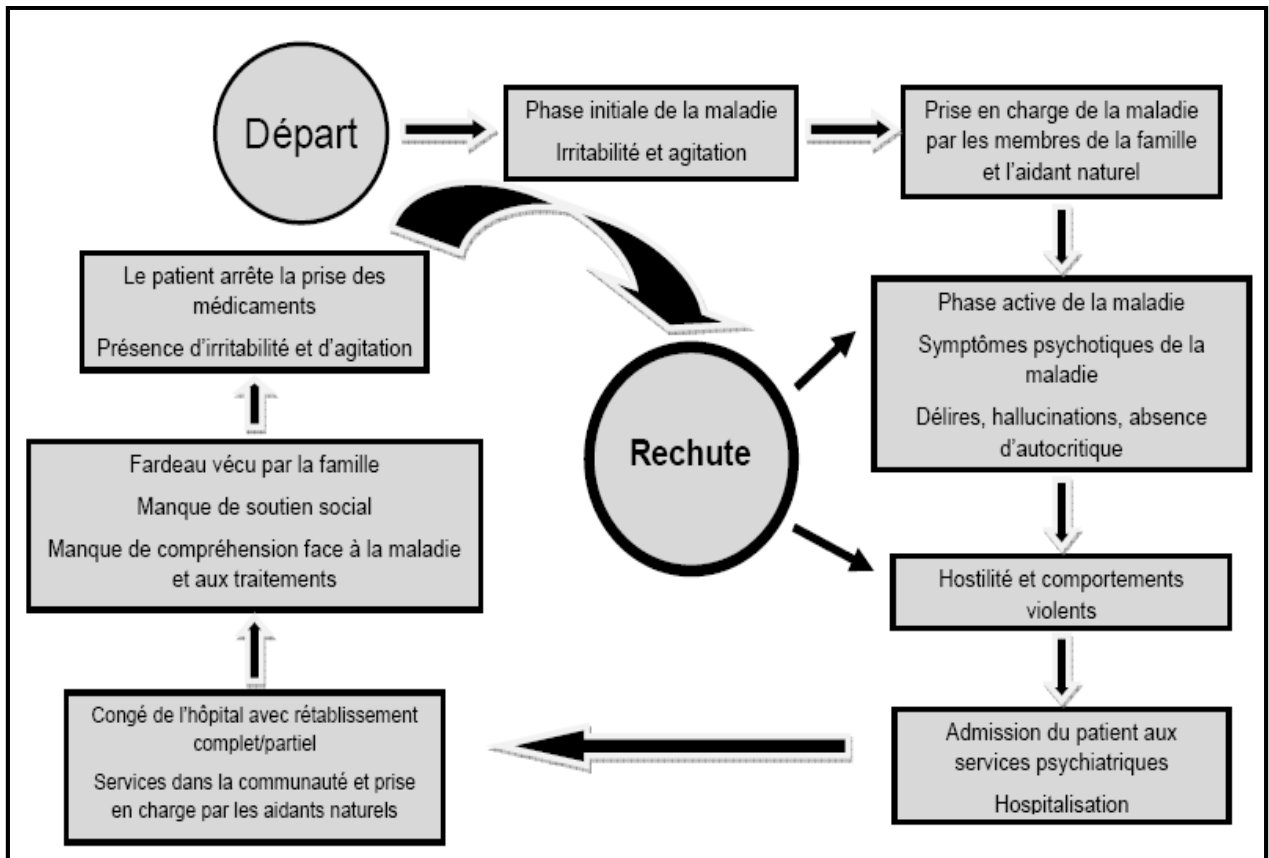


Fig. 1 Les comportements violents: facteur prédictif des ré-hospitalisations
(Traduction libre/ adaptation de Fresan & al. (2007).

Les familles détiennent un savoir expérientiel considérable et sont une source d'informations précieuses relativement à l'évolution des symptômes de leur proche atteint (Hatfield, 1994). Cette façon de concevoir la problématique intensifie l'importance du caractère systémique des interventions familiales à implanter dans un contexte de services de première ligne. Ceci implique ainsi de prendre en compte le point de vue des membres de la famille et des personnes atteintes de troubles mentaux, soit une perspective systémique dans les évaluations. Le caractère systémique de la problématique et des interventions afférentes requiert que l'on prenne en compte le point de vue de tous les acteurs dans le cadre des recherches évaluatives, incluant les membres de la famille et la personne atteinte de troubles mentaux.

L'analyse des programmes actuellement implantés au Québec et une recension de la littérature scientifique permettent de mettre en évidence l'importance de l'implantation et de l'évaluation d'interventions visant la gestion des comportements agressifs par des membres de familles dont le proche est atteint de troubles mentaux. De plus, l'analyse de la recension des écrits permet de constater que le point de vue des patients atteints de troubles mentaux suite à l'introduction d'un nouveau programme pour leurs familles n'a pas fait l'objet de documentation systématique. Ainsi, mieux comprendre le point de vue des personnes atteintes de troubles mentaux suite à une intervention familiale permettra de décrire et d'analyser leur réalité subjective en tant qu'utilisateur de services vivant une expérience de santé pour ainsi mieux intervenir dans leur processus de rétablissement. Une étude descriptive et analytique, dans le contexte d'un projet de recherche novateur, visant l'implantation et l'évaluation de la mise en place d'une formation de gestion des comportements agressifs adaptée par et pour des membres de famille, sur les perceptions des personnes atteintes de troubles mentaux s'impose donc pour rendre compte du caractère systémique d'une telle intervention.

1.3 But de l'étude

Il s'agit de décrire et analyser les perceptions de personnes atteintes de troubles mentaux quant à l'agressivité, au fonctionnement familial et à l'observance au traitement médical suite à une formation de gestion des comportements agressifs adaptée par et pour leurs membres de familles. Pour ce faire, le modèle de Fresan & al. (2007) est utilisé pour sélectionner les variables (agressivité, fonctionnement familial et observance au traitement médical) dans le volet quantitatif et pour soutenir les concepts de l'étude lors du volet qualitatif.

Cette étude est tout à fait pertinente pour les sciences infirmières car elle permettra de rendre compte du point de vue des personnes atteintes de troubles mentaux dans l'élaboration d'un programme de formation à l'intention de leurs membres de famille et ainsi apporter un caractère systémique à la recherche-action participative plus large dans laquelle elle s'insère. Cette étude contribuera au développement de la discipline infirmière, puisqu'elle permettra de mieux comprendre le point de vue des personnes atteintes de troubles mentaux sur l'implantation d'un nouveau programme de formation. Faire entendre la voix du patient relève de la discipline infirmière, qui promeut le processus relationnel et réciproque entre l'infirmière et le patient (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010). Cette étude, qui s'intéresse à la singularité et à la subjectivité de la réalité des personnes atteintes de troubles mentaux, dégage des valeurs humanistes préconisées par la discipline infirmière. Enfin, les résultats de cette étude pourraient permettre aux infirmières de cibler leurs interventions, dans un contexte de soins de première ligne, pour prévenir la rechute de comportements agressifs de personnes atteintes de troubles mentaux.

Chapitre 2
Recension des écrits

La recension des écrits permettra de faire un bref rappel sur les troubles mentaux de même que sur les comportements agressifs et violents. Par la suite, les écrits faisant état du phénomène des comportements agressifs perpétrés par les personnes atteintes de troubles mentaux seront rapportés, suivi des répercussions de ces comportements chez leurs membres de famille. Finalement, les recherches empiriques portant sur les différentes interventions familiales évaluées à ce jour seront présentées.

Les écrits qui portent sur les troubles mentaux, les comportements agressifs ou violents perpétrés par les personnes atteintes de troubles mentaux, les répercussions de ces comportements sur les membres de famille de même que les interventions familiales évaluées à ce jour identifient des thématiques pertinentes pour mieux comprendre le sujet de la présente étude. À noter, rares sont les études qui s'intéressent à l'évaluation d'interventions familiales portant sur la gestion des comportements agressifs de personnes atteintes de maladies mentales et sur leur appréciation. Cinq principaux thèmes ont été identifiés pour cette recension des écrits : 1. Les définitions des troubles mentaux; 2. les définitions des comportements agressifs et violents; 3. le phénomène des comportements agressifs et violents perpétrés par les personnes atteintes de troubles mentaux; 4. les répercussions des comportements agressifs et violents sur les membres de famille; et 5. les recherches empiriques sur les interventions familiales évaluées à ce jour.

La recension des écrits a été réalisée à partir des bases de données CINAHL, MEDLINE, PsycINFO et EBM Reviews – Cochrane Database of Systematic Reviews en utilisant les mots-clés suivants, pour la période 1990-2013: *mental disorders; mental health; aggression; aggressive behavior; violence; violent behavior; outpatient commitment; involuntary treatment; family; caregivers; medication compliance, patient compliance ; family functioning, family relations; family interventions; family-focused; psychoeducation; psychotherapy; psychoeducational; professional support*. Il est à noter qu'après une recension exhaustive des écrits, il n'a pas été possible de repérer des écrits faisant état d'une recherche empirique documentant les effets de formation de gestion des comportements agressifs auprès de membres de la famille sur les personnes atteintes de troubles mentaux. Il semble donc que peu de recherches n'aient été effectuées, d'une part relativement à l'évaluation de programme de formation de gestion des comportements agressifs pour les membres de famille et, d'autre part, sur les effets possibles de ces formations sur les personnes atteintes de troubles mentaux. Plus de 80 articles scientifiques ont été repérés dont plus d'une trentaine d'entre eux ont été retenus. Ces écrits devaient présenter les critères de sélection suivants, soit : 1. traiter de la population visée par l'étude (âge adulte); 2. viser certains diagnostics de troubles mentaux spécifiquement (*anxiety disorders; dissociative disorders; eating disorders; impulse control disorders; mood disorders; personality disorders; schizophrenia; disorders with psychotic features; substance-related disorders*); 3. amener un éclairage sur les questions, la population et le sujet de recherche; 4. adopter une méthode de recherche valide; et 5. faire preuve d'une rigueur scientifique.

2.1 Les troubles mentaux : définitions

Les termes santé mentale, maladie mentale ou trouble mental sont souvent considérés comme étant des concepts similaires. Il importe ainsi, pour les finalités de cette étude, de définir et distinguer chacun des termes en prenant appui sur les écrits.

Selon l'OMS (2001), la santé mentale fait référence à un ensemble de concepts dont le bien-être subjectif, la perception de l'efficacité personnelle, l'autonomie, la compétence, la dépendance intergénérationnelle de même que l'auto-actualisation du potentiel intellectuel et affectif. Elle peut également se définir comme étant «un état de bien-être dans lequel un individu peut se réaliser dans son plein potentiel, peut gérer le stress vécu au quotidien, peut travailler productivement et ainsi contribuer à sa communauté» [Traduction libre] (Varcolis & Halter, 2010, p.3). La santé mentale permet donc aux individus d'avoir des relations saines avec leur entourage, de prendre des responsabilités, de résoudre des problèmes, d'avoir la capacité de gérer des émotions conflictuelles, de maintenir une bonne estime de soi et d'avoir un bon jugement (Varcolis & Halter, 2010). La santé mentale se définit selon la culture d'appartenance de chaque individu, puisque chaque société détient des normes particulières ; elle n'est donc pas sous-jacente au principe de conformité. Finalement, il est généralement admis que la santé mentale va au-delà de la simple absence de troubles mentaux (OMS, 2001).

La maladie mentale, par ailleurs, est davantage considérée comme étant une affection psychologique ou comportementale significative marquée par une détresse, une incapacité ou le risque de souffrir d'incapacités (Varcolis & Halter, 2010). En fait, la maladie mentale réfère à l'ensemble des troubles mentaux faisant l'objet d'un diagnostic. L'Association américaine de psychiatrie (1999) classifie les troubles mentaux selon seize catégories distinctes dans le DSM-IV-

TR⁴: 1. les troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence; 2. le délirium, la démence, le trouble amnésique et les autres troubles cognitifs; 3. les troubles mentaux dus à une affection médicale générale; 4. les troubles liés à une substance; 5. la schizophrénie et les autres troubles psychotiques; 6. les troubles de l'humeur; 7. les troubles anxieux; 8. les troubles somatoformes; 9. les troubles factices; 10. les troubles dissociatifs; 11. les troubles sexuels et troubles de l'identité sexuelle; 12. les troubles de conduite alimentaires; 13. les troubles du sommeil; 14. les troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs; 15. les troubles de l'adaptation; et 16. les troubles de la personnalité. De plus, lorsqu'il s'agit de décrire l'état mental d'une personne atteinte, certaines spécifications quant à la sévérité et l'évolution de la maladie peuvent être ajoutées au diagnostic principal : léger, moyen, sévère, en rémission partielle et en rémission complète.

Ainsi, une personne peut à la fois être atteinte d'un trouble mental et ne présenter aucun signe ou symptôme de la maladie. Il va donc sans dire qu'il est possible, chez un individu atteint d'une maladie mentale, d'être en santé, d'un point de vue subjectif, tel que suggéré par les définitions ci-haut. Dans le même sens, une personne ne souffrant pas de maladie mentale peut ressentir, à certains moments de sa vie, de la détresse, un stress important ou mêmes des insomnies passagères. La santé mentale et la maladie mentale sont donc des concepts intimement liés pouvant se conceptualiser à travers un continuum à deux axes tels que suggéré à la figure 1. Cette façon de concevoir les deux concepts élaborés précédemment rejoint les propos de Anthony et Liberman (1996) qui soutiennent que la réhabilitation psychosociale d'une personne atteinte de trouble mental débute lorsque les symptômes de maladie sont stabilisés, mais qu'en raison de l'aspect chronique de la maladie, leur état peut osciller fréquemment.

⁴ Lors de la rédaction de ce mémoire, le DSM-V, version la plus récente du manuel diagnostique des troubles mentaux selon l'Association américaine de psychiatrie était alors trop récent pour qu'il ait été possible de l'utiliser.

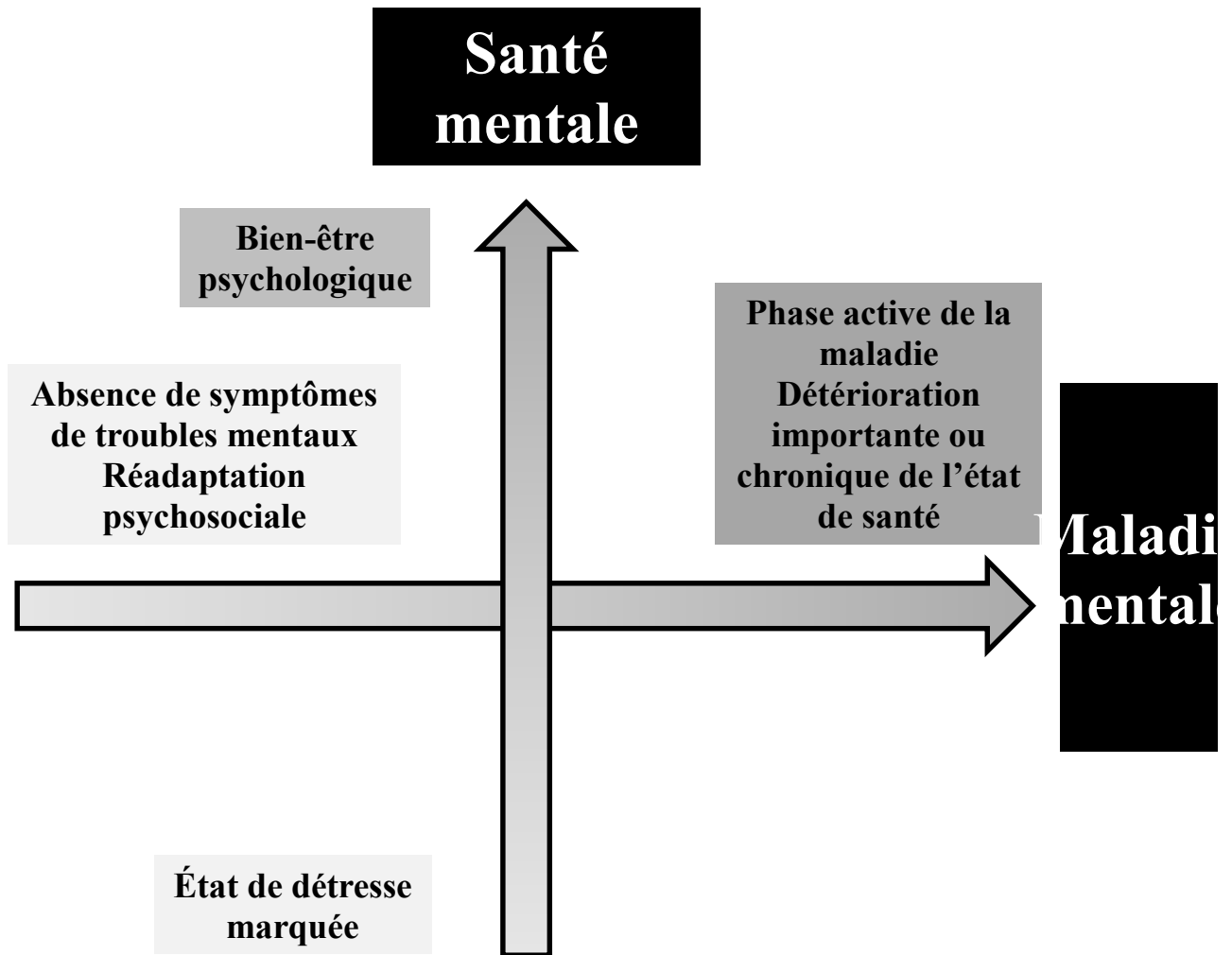


Fig. 2 *Le continuum santé mentale – maladie mentale*
(Traduction libre/ adaptation de Varcolis & Halter, 2010).

2.2 Les comportements agressifs et violents : définitions

Les termes agressivité, agression, comportements agressifs, comportements violents et violence sont souvent présentés tels des synonymes. Ils sont fréquemment confondus et utilisés selon la connotation qu'ils évoquent chez l'interlocuteur. Il importe ainsi de bien distinguer la terminologie par un aperçu des définitions retrouvées dans la littérature. Les principaux termes seront étalés : agressivité, agression et violence.

Freedman (2002) définit l'agression comme une action de force à but dirigé qui peut être verbale ou physique alors que des sentiments de rage, de colère et d'hostilité prédominent la personne qui perpétue ces comportements. Anderson et Bushman (2002) définissent l'agression comme étant «toute forme de comportement dont l'intention immédiate est de causer du mal à une autre personne» [Traduction libre] (p.28). Cette définition implique donc que tout comportement accidentel n'est pas agressif, puisqu'il n'est pas intentionnel (Anderson & Bushman, 2002). Shaver et Mikulincer (2011) mentionnent que les comportements agressifs dépendent de facteurs cognitifs et environnementaux chez l'individu. Selon ces auteurs, la perception et l'interprétation que les individus ont de leur environnement influencera leur comportement agressif (Shaver & Mikulincer, 2011). Le comportement agressif résulte donc de l'interaction de différents facteurs internes, environnementaux et sociaux (Shaver & Mikulincer, 2011). Les comportements antisociaux peuvent également être associés à une agression ou à de la violence à certains moments (Shaver & Mikulincer, 2011). Il s'agit de comportements transgressant les normes sociales ou culturelles qui n'impliquent pas nécessairement une agression physique ou de la violence (infidélité, mensonges, vols).

Les comportements agressifs et la violence sont souvent comparés à titre de synonymes, mais tel n'est pas le cas (Varcolis & Halter, 2010). Effectivement, l'agression peut, à certains égards, être appropriée et nécessaire dans des situations d'auto-défense (Varcolis & Halter, 2010). Par ailleurs, «la violence est un acte qui implique l'intention d'une force entraînant ou ayant le potentiel d'entraîner des blessures chez une autre personne» [Traduction libre] (Varcolis & Halter, 2010, p.566). L'OMS (2002), définit la violence comme étant

[Une] menace ou [une] utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations (p.5).

Il existe plusieurs types de violence : la violence auto-infligée, la violence interpersonnelle ou dirigée contre autrui (familiale et communautaire) et la violence collective (OMS, 2002). Certains auteurs définissent la violence comme étant la forme d'agression physique, émotionnelle ou psychologique la plus sévère (Shaver & Mikulincer, 2011). Ainsi, par ces définitions, tout comportement violent est nécessairement une agression alors que tous les comportements agressifs ne sont pas nécessairement violents (Shaver & Mikulincer, 2011).

Il s'agit donc d'une émotion normale qui peut même être conceptualisée comme étant positive lorsqu'elle est exprimée d'une façon saine (Varcolis & Halter, 2010). Il s'agit donc d'une qualité fondamentale de l'être vivant lui permettant d'assurer ses besoins vitaux (Coulombe, 2010). Dans cette perspective, «l'agressivité découle de la frustration que l'individu ressent dans la [réalisation] de ses besoins» (Coulombe, 2010, p.5). L'agressivité est donc une forme de pulsion intérieure pouvant servir de motivateur chez la personne ou permettant la survie dans certains cas (Varcolis & Halter, 2010). L'agressivité prend alors une forme négative lorsqu'elle est exprimée, par la personne, à travers un comportement agressif ou un acte de violence (Varcolis & Halter, 2010). D'autres auteurs parlent d'un cycle d'escalade de la violence dans lequel deux parties en interaction avaient des conflits (Shaver & Mikulincer, 2011). Selon cette conception, la violence serait à l'origine de différentes perceptions, soit celle d'un individu qui considère que son comportement est justifié et approprié alors que l'autre individu le considère inapproprié et exagéré (Shaver & Mikulincer, 2011).

Cette pluralité de définitions renvoie au fait que le phénomène des comportements agressifs et de la violence se conçoit à travers un continuum. Certains auteurs ont d'ailleurs représenté le phénomène de la crise d'agressivité à travers une évolution dans le temps (Gorton & Patridge, 1982). Gorton et Patridge (1982) présente le passage à l'acte ou le comportement agressif émit par

une personne comme la résultante d'une escalade (Gorton & Patridge, 1982). La personne fait tout d'abord face à un stresser interne ou externe qui engendre diverses émotions telles que la frustration, l'impuissance, l'incapacité à entrevoir des alternatives, une perte de contrôle ou de l'anxiété (Gorton & Patridge, 1982). Devant ces tensions, la personne se retrouve dans un état vulnérable où le comportement agressif ou violent devient le seul choix envisageable. Elle se retrouve alors dans un continuum verbal avec l'interlocuteur marqué par le questionnement, le refus, la ventilation des émotions, l'intimidation et le passage à l'acte (Coulombe, 2010). La crise d'agressivité permet de comprendre que plusieurs étapes sont préalables aux comportements agressifs ou violents et que le déroulement des événements est crucial dans la poursuite de l'escalade agressive.

Pour les besoins de cette recherche, et prenant appui sur les écrits (Anderson & Bushman, 2002; Shaver & Mikulincer, 2011; Varcolis & Halter, 2010), les termes comportements agressifs et comportements violents seront retenus. Tel que décrit par les auteurs, ces deux termes sont bien distincts et regroupent un ensemble de comportements pouvant varier d'une émotion normale à une attaque volontaire entraînant des blessures à autrui. Ceci étant dit, cette étude s'intéresse justement à cette variété de comportements.

2.3 Le phénomène des comportements agressifs et violents perpétrés par les personnes atteintes de troubles mentaux

2.3.1 La relation entre maladie mentale et violence

Des études quantitatives ont été effectuées, soit en centre hospitalier, soit dans la communauté, pour documenter la prévalence⁵ du phénomène des comportements violents perpétrés par les

⁵ La prévalence réfère au nombre de personnes concernées par une problématique divisé par le nombre de personnes dans la population sur une période de temps déterminée (Choe, Teplin, & Abram, 2008).

personnes atteintes de troubles mentaux et la relation possible entre ces deux variables. Il est à noter que dans les études recensées, le phénomène des comportements agressifs est présenté par les termes «violence» ou «comportements violents»⁶.

Dans une revue de littérature, Mulvey (1994) soutient le fait que la présence d'un diagnostic de trouble mental, chez un individu, constitue un facteur de risque à la violence. À ce sujet, les études répertoriées dans cette revue révèlent qu'environ 20 pourcent des personnes se présentant dans une urgence psychiatrique avaient des antécédents de comportements violents. De plus, bon nombre des taux d'arrestation dans la communauté étaient commis par des personnes atteintes de troubles de la personnalité antisociale ou de schizophrénie paranoïde (Mulvey, 1994). En résumé, les données empiriques soutiennent le fait qu'il y aurait une association entre la présence d'une maladie mentale et de la violence dans la population générale (Mulvey, 1994). Par ailleurs, aucune étude recensée ne permet d'établir un lien de causalité directe entre les deux variables (maladie mentale et violence) (Mulvey, 1994). Ainsi, cette dernière constatation soutient le fait que la maladie mentale est un des facteurs précipitants parmi tant d'autres à l'apparition de comportements violents.

Dans la continuité de la revue de littérature précédente, Choe, Teplin et Abram (2008) ont conduit une revue de littérature pour faire état des données empiriques relativement à la violence perpétrée par les personnes atteintes de troubles mentaux dans les hôpitaux psychiatriques. Des études recensées, plusieurs se sont intéressées à la prévalence des comportements violents par les personnes atteintes de troubles mentaux lors de leur admission dans un centre hospitalier, plus spécifiquement dans les salles d'urgence. La prévalence des comportements violents varierait de

⁶ Dans les études recensées, la violence ou les comportements violents sont définis comme étant une attaque physique ou des voies de fait entraînant des blessures physiques à une autre personne, une agression sexuelle ou l'utilisation d'une arme.

10% dans les deux semaines ayant précédées l'admission à l'urgence à 36% dans les trois mois la précédant (Choe & al., 2008). Il est à noter que les personnes atteintes ayant participées aux études vivaient dans la communauté, faisant en sorte que plusieurs d'entre elles n'avaient pas de suivi en psychiatrie. D'autres études se sont intéressées à la prévalence des comportements violents dans les unités de soins psychiatriques, où les patients suivaient un traitement médical, et ont révélé qu'elle variait de 16% dans la première semaine d'hospitalisation à 23% pour toute la durée du séjour intra-hospitalier.

D'autres recherches se sont plutôt penchées sur le phénomène des comportements violents dans la communauté. Effectivement, le développement des soins de première ligne pour les personnes atteintes de troubles mentaux occasionné par la période de désinstitutionalisation a amené un intérêt particulier de recherche sur le phénomène des comportements violents perpétrés dans les milieux de vie. Dans une étude quantitative prédictive conduite aux États-Unis, il a été constaté que les personnes atteintes de troubles mentaux (schizophrénie, maladie affective bipolaire et dépression majeure) étaient de deux à trois fois plus à risque de commettre des actes de violence comparativement aux personnes non-atteintes (Swanson, Borum, Swartz, & Monahan, 1996). L'échantillon comprenait des personnes vivant dans la communauté, mais l'étude ne tient pas compte de l'observance au traitement médical des patients. Une autre étude quantitative prédictive menée par Doyle, Carter, Shaw et Dolan (2011) a évalué le risque de violence de patients atteints de troubles mentaux ayant reçu leur congé de l'hôpital. Les auteurs ont ainsi mesuré la fréquence et la sévérité des comportements violents 20 semaines après que les patients recrutés dans un centre hospitalier psychiatrique d'Angleterre soient retournés dans la communauté. Par des entretiens auprès des patients et des personnes ayant un lien significatif avec ces derniers, il a été constaté que plus de 25% des 114 participants de l'étude avaient commis un geste de violence. La

moyenne d'incidents de violence, pour cet échantillon, était de 1,9 geste violent. Dans l'analyse des données, les auteurs soulignent le fait que les patients présentant des symptômes actifs de la maladie 20 semaines après leur retour à domicile étaient significativement plus à risque d'être violent que ceux n'ayant pas de symptômes cliniques. Ceci dit, les auteurs mentionnent le fait que la présence de colère chez la personne atteinte de trouble mental était généralement plus prédictive d'un acte de violence que l'impulsivité ou la sévérité de la maladie elle-même. De plus, les auteurs ne précisent pas si les patients ayant été recrutés suite à leur congé de l'hôpital avaient un suivi psychiatrique.

Par ailleurs, le lien de causalité entre ces deux variables ne fait pas l'unanimité dans la communauté scientifique (Mulvey, 1994). Effectivement, les personnes atteintes de troubles mentaux ne sont pas plus dangereuses que le reste de la population et ce stéréotype contribue à la stigmatisation des personnes atteintes (Torrey, 1994; Torrey, 2011). Autrement dit, la majorité des personnes violentes dans la population ne sont pas atteintes de troubles mentaux (Anderson, Bell, Powell, Williamson, & Blount, 2004). À ce sujet, une étude quantitative comparative, conduite aux États-Unis impliquant 1136 patients atteints de troubles mentaux vivant dans la communauté et 519 personnes n'ayant pas de diagnostic de maladie mentale et vivant dans le même quartier, a permis de comparer la prévalence de la violence entre ces deux groupes (Steadman et al., 1998). Des questionnaires auto-administrés portant sur la fréquence des comportements violents ont été remis chaque 10 semaine durant l'année suivant le congé de l'hôpital des personnes atteintes ayant un suivi psychiatrique. Les données recueillies auprès des patients ont été comparées avec d'autres sources d'informations (service de police et professionnels de la santé). Des entrevues semi-dirigées ont été menées pour colliger les mêmes informations auprès des personnes non-atteintes. L'analyse a permis de faire ressortir qu'il n'y avait pas de différence significative entre la

prévalence de violence chez les personnes atteintes ne présentant pas de symptômes de maladie mentale et la prévalence de violence des personnes non-atteintes résidant dans le même quartier. De plus, l'étude de Steadman et al. (1998) soutient le fait que la présence de symptômes de maladie augmentaient les taux de violence de façon significative et ce, dans les deux groupes. Friedman (2006) affirme d'ailleurs que la présence de symptômes du trouble mental, plutôt que le diagnostic lui-même, serait un meilleur indicateur du risque de violence.

Tout compte fait, plusieurs recherches confirment l'existence d'une association entre la présence d'un trouble mental et de comportements violents. Toutefois, un diagnostic de trouble mental chez un individu serait un facteur prédictif très faible de violence (Pilgrim & Rogers, 2003). Pilgrim et Rogers (2003) soulignent d'ailleurs que les études recensées traitant de la violence chez les personnes atteintes de troubles mentaux confirmeraient que la présence de symptômes de la maladie serait un facteur davantage prédictif. Les auteurs des études recensées présentées plus haut précisent qu'un ensemble de facteurs peuvent être à l'origine de comportements agressifs ou violents perpétrés par les personnes atteintes de troubles mentaux et que ces variables doivent être prises en compte dans les recherches empiriques.

2.3.2 Les facteurs de risque individuels

Pour permettre de mieux saisir la relation entre la maladie mentale et la violence, les études recensées faisant état des caractéristiques des personnes atteintes de troubles mentaux seront présentées. Dans les recherches repérées, certains facteurs individuels apparaissent être plus significatifs que d'autres en lien avec le risque de commettre un comportement agressif ou violent : les facteurs sociodémographiques, les facteurs historiques et les facteurs cliniques (Anderson & al., 2004).

Plusieurs études quantitatives prédictives se sont penchées sur les différents facteurs sociodémographiques associés au risque de comportements agressifs ou violents perpétrés par les personnes atteintes de troubles mentaux. Les facteurs sociodémographiques incluent les aspects démographiques, personnels, ethniques, socioéconomiques de même que toutes les autres caractéristiques descriptives d'un individu (Anderson & al., 2004). D'un point de vue interventionniste, ces facteurs ne sont souvent pas modifiables. Par ailleurs, l'identification de ces facteurs de risque statiques permet de présenter un portrait général de la population visée par le phénomène des comportements agressifs et violents chez les personnes atteintes de troubles mentaux.

Des études retenues, le fait d'être jeune (18 à 30 ans), d'être de sexe masculin, de provenir d'un groupe ethnique autre que caucasien et d'avoir une situation socioéconomique précaire augmenteraient significativement le risque de commettre un geste agressif ou violent chez les personnes atteintes de maladie mentale (Anderson & al., 2004 ; Elbogen & Johnson, 2009 ; Flannery, Fisher, Walker, Kolodziej, & Spillane, 2000; Scott & Resnick, 2006 ; Swanson et al., 2002; Van Dorn, Volavka, Johnson, 2012 ; Witt, Van Dorn, & Fazel, 2013). Par ailleurs, Anderson et al. (2004) soutiennent le fait que, contrairement aux facteurs de risques de violence relié au jeune âge et au faible statut socioéconomique, le fait d'être un homme n'est pas spécifique aux personnes atteintes de troubles mentaux, mais l'est plutôt lorsque ce facteur est considéré dans les études auprès de la population générale. À ce sujet, une étude quantitative conduite aux États-Unis auprès de 554 hommes et 472 femmes ayant des troubles mentaux et habitant dans une résidence offrant des services de soins de santé a étudié les caractéristiques associées au risque de violence (Flannery, Fisher, Walker, Kolodziej, & Spillane, 2000). Les analyses de régression ont révélé qu'au cours

des six années et demie de l'étude, 61% des patients ont présenté des comportements agressifs ou violents et que les hommes, autant que les femmes, étaient à risque de passer à l'acte.

Quant aux caractéristiques historiques prédisposant une personne atteinte de troubles mentaux à perpétrer un acte agressif ou violent, Anderson et al. (2004), par une revue de littérature, affirment que le fait d'avoir commis un acte violent dans le passé ou d'avoir été exposé à de la violence, sont des facteurs de risque significatifs. L'analyse des données empiriques révèle également que des facteurs cliniques sont à l'origine des comportements agressifs et violents chez les personnes atteintes de troubles mentaux. Les facteurs de risque cliniques se rapportent au diagnostic, aux symptômes et au niveau de fonctionnement des patients atteint de maladie mentale engendrant un potentiel de violence (Anderson & al., 2004). Différentes études révèlent que les patients ayant un diagnostic de schizophrénie sont plus à risque que les patients ayant d'autres type de diagnostics de commettre des gestes de violence (Anderson & al., 2004; Flannery & al., 2000). Swanson (1994), dans une étude quantitative longitudinale, mentionne que le fait d'être atteint de schizophrénie et de trouble de l'humeur quadruplerait le risque de violence sur une période d'une année. Anderson et al. (2004) affirment aussi qu'un diagnostic de maladie affective bipolaire, lors d'un épisode de manie, augmenterait le risque de violence en raison de certains symptômes tels qu'une surestimation de l'estime-de-soi, l'irritabilité, les délires grandioses et l'impulsivité. Toujours selon Anderson et al. (2004), différentes études soutiendraient le fait que les troubles de personnalité engendrent un potentiel de violence en raison de la manipulation, de l'instabilité émotionnelle et des traits antisociaux démontrés par les personnes atteintes.

D'autres études soutiennent plutôt le fait que le risque de violence est fortement associé à la présence de symptômes positifs ou psychotiques de maladie mentale, qui eux, sont souvent présents chez les patients atteints de schizophrénie ou de maladie affective bipolaire (Estroff,

Zimmer, Lachicotte, & Benoit, 1994; Witt & al., 2013). Il s'agit, par exemple, de symptômes tels que les comportements antisociaux, les symptômes psychotiques (hallucinations, délires, idées paranoïdes et hostilité) et les symptômes de manie (agitation psychomotrice, délires de grandeur, manipulation, euphorie, impulsion, etc.). Dans le même sens que ces études, Swanson, Borum, Swartz et Monahan (1996) ont conduit une étude auprès de plus de 3000 personnes atteintes de troubles mentaux vivant dans la communauté et ont observé que les patients présentant des hallucinations ou d'autres symptômes psychotiques étaient 5 fois plus à risque de commettre des gestes violents. À ce sujet, Anderson et al. (2004) affirment que les patients qui, en raison de leur maladie mentale, entendent des voix mandatoires ou ont la perception qu'ils seront attaqués par d'autres sont davantage à risque de perpétrer un geste de violence. Somme toute, par les études recensées, le facteur de risque «diagnostic» serait indirect à la violence; la symptomatologie permettrait davantage de prédire de tels comportements (Anderson & al., 2004; Swanson & al., 1996).

Bon nombre d'études quantitatives de type prédictives ont révélé que des problèmes de toxicomanie chez une personne atteinte de maladie mentale était un facteur de risque important de violence (Elbogen & Johnson, 2009; Steadman et al., 1998; Swanson & al., 1996; Swartz et al., 1998; Van Dorn, Williams, Del-Colle, & Hawkins, 2009; Volavka & Swanson, 2010; Witt & al., 2013). Effectivement, il semble que le fait de consommer des substances illégales entraîne, chez les personnes atteintes de troubles mentaux, un jugement altéré et une perception erronée de la réalité augmentant ainsi à le risque de comportements violents (Swanson & al., 1996). Selon Volavka et Swanson (2010), un double diagnostic de trouble lié à une substance et de trouble mental augmente le risque de violence. Les auteurs mentionnent le fait que les effets pharmacologiques de l'alcool et de certaines drogues entraînent une exacerbation des symptômes

de maladie mentale, ce qui, par le fait même, augmente le risque de comportements agressifs ou violents. Dans une méta-analyse regroupant 6 bases de données (CINAHL, EBSCO, EMBASE, Global Health, PsycINFO et PUBMED), Witt et al. (2013) ont répertoriés 110 études conduites de 1960 à 2011 leur permettant d'affirmer que la violence était très fortement associée avec des antécédents de polytoxicomanie et fortement associée avec un diagnostic de trouble relié à une substance. À cet effet, Swartz et al., (1998) ont mené une étude quantitative longitudinale auprès de 331 patients atteints de troubles mentaux hospitalisés depuis moins de 4 mois. Les données recueillies par des entrevues face-à-face ou par téléphone auprès des patients et d'un membre de leur famille ont permis d'associer significativement l'abus de drogues ou d'alcool avec la violence. Une autre étude longitudinale conduite aux États-Unis de 2001 à 2005 auprès de plus de 34 000 sujets a révélé que la prévalence de la violence était plus élevée pour les personnes atteintes de troubles mentaux (principalement de schizophrénie, de maladie affective bipolaire et de dépression majeure), mais que cette relation était significative seulement s'il y avait concomitance d'un problème de consommation ou dépendance à l'alcool ou la drogue (Elbogen & Johnson, 2009). Bref, les études menées dans un contexte de communauté suggèrent que la toxicomanie est un facteur de risque important à la perpétuité de comportements agressifs ou violents chez les personnes atteintes de troubles mentaux. Par ailleurs, Swanson et al. (1996) soutiennent le fait que la présence d'un trouble lié à une substance peut agir indirectement sur la prévalence de la violence chez les personnes ayant une maladie mentale dans la communauté : 1. l'utilisation régulière de drogues peut contribuer au développement d'une personnalité antisociale qui est souvent caractérisée par des comportements violents; 2. la consommation de drogue contribuerait à l'exacerbation de symptômes psychotiques déjà présents chez les personnes atteintes de troubles mentaux; 3. la toxicomanie peut amener les personnes atteintes de maladie mentale à fréquenter des environnements hostiles où la criminalité et la violence sont fréquentes; et 4. la consommation

de drogue diminuerait l'observance au traitement médical des patients conduisant ainsi à une rechute des symptômes psychotiques.

Enfin, il est reconnu, dans la littérature scientifique, que la non-observance au traitement médical, chez les personnes atteintes de troubles mentaux, augmenterait le risque de comportements agressifs ou violents (Elbogen & Johnson, 2009; Pilgrim & Rogers, 2003; Scott & Resnick, 2006; Swartz & al., 1998, Torrey, 2011; Witt & al., 2013). Smith (1989) a d'ailleurs révélé qu'il existait une relation significative entre la non-adhérence à la médication et le risque de violence dans la communauté. Plus spécifiquement, la non-observance aux antipsychotiques chez une personne atteinte de maladie mentale serait un facteur de risque important aux comportements agressifs et violents (Pilgrim & Rogers, 2003). Deux études conduites aux États-Unis, portant sur l'évaluation des effets de programmes de suivi systématique pour les patients atteints de troubles mentaux dans la communauté, ont tenté de mesurer la prévalence de la violence (Institut Nationale de Santé Mentale, 2005, cité dans Torrey, 2011). Les résultats des études ont permis de faire ressortir que les interventions permettant d'assurer une prise régulière de la médication psychiatrique chez des patients habituellement non-observant diminuaient la violence de 42% à 27%, lorsque le service durait au minimum 6 mois.

Bref, les recherches indiquent que plusieurs caractéristiques des personnes atteintes de troubles mentaux sont à prendre en compte dans l'évaluation du phénomène des comportements agressifs et violents. Ces caractéristiques individuelles permettront nécessairement de circonscrire la population à l'étude pour cette recherche. Par ailleurs, étant des caractéristiques inhérentes aux individus, elles ne sont souvent pas modifiables. Il devient alors pertinent, pour les chercheurs et les cliniciens, de s'intéresser aux facteurs de risques contextuels à la violence pouvant faire l'objet de programmes d'intervention. En effet, selon Anthony et Liberman (1996), le processus de

réhabilitation psychosociale comprend deux éléments essentiels: «1. la stabilisation des symptômes de maladie et le développement des compétences de l'individu; et 2. le développement d'un environnement de soutien» [Traduction libre] (p.549).

2.3.3 Les facteurs de risque contextuels

Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que la violence est un phénomène complexe interpersonnel et intrafamilial dynamique qui ne peut être réduit à l'analyse de facteurs de risque diagnostic et clinique (Estroff & al., 1994; Estroff & al., 1998; Swanson et al., 2002; Van Dorn & al., 2009). Effectivement, dans une perspective multidimensionnelle, il apparaît important d'évaluer le risque de violence en prenant en compte les situations sociales ou familiales dans lesquelles se produisent de tels gestes, envers quelles personnes et dans quels types de réseaux sociaux. Estroff et ses collaborateurs (1998) soutiennent d'ailleurs que pour avoir une vue d'ensemble de la problématique de la violence, les chercheurs doivent considérer l'expérience de tous les proches entourant la personne atteinte de troubles mentaux (famille, amis, professionnels de la santé, etc.). Les facteurs contextuels associés à la violence perpétrée par les personnes atteintes de troubles mentaux seront ainsi présentés. Les facteurs contextuels se rapportent à «l'environnement, aux conditions sociales et aux autres circonstances entourant le milieu de vie d'une personne» [Traduction libre] (Anderson & al., 2004, p.383).

Certaines études se sont intéressées au soutien social et au réseau de soutien des personnes atteintes de troubles mentaux comme facteur prédictif des comportements agressifs dans la communauté (Estroff & al., 1994; Harris, 2007; Van Dorn & al., 2009). Le réseau de soutien représente le nombre et le type de relations dans lesquelles un individu a un potentiel ou une opportunité de violence (Estroff & al., 1994). Selon ces mêmes auteurs, les parents et la fratrie

seraient plus à risque d'être victime d'actes de violence de la part de leur proche atteint de trouble mental, puisque la majorité d'entre eux (61%) n'a jamais été marié. Les personnes offrant un soutien social⁷ à la personne atteinte de maladie mentale ont donc une influence importante quant à l'occurrence des comportements violents perpétrés. En effet, le fait de vivre dans un environnement stressant serait davantage significatif que les dimensions cliniques reliées à la violence à elles-seules (Estroff & al., 1994; Van Dorn & al., 2009). Dans leur étude quantitative auprès de 169 personnes atteintes de troubles mentaux et de 59 membres de famille, Estroff et ses collaborateurs (1994) ont observé, par des analyses multivariées, que la qualité des relations entre la personne malade et son proche aidant est une variable importante dans l'évaluation du risque de violence. De plus, l'étude a révélé que la perception subjective de la personne atteinte de trouble mental de sa situation familiale était un facteur prédictif significatif de la violence.

Diverses études révèlent que les familles ayant un haut niveau d'émotions exprimées⁸ ont des taux de rechutes chez les personnes atteintes plus importants que les familles ayant moins d'émotions exprimées (Pharoah & al., 2010). Les émotions exprimées présentes dans une famille sont donc considérées comme un facteur environnemental néfaste pour les personnes atteintes de troubles mentaux dans leur processus de rétablissement (Amaresha & Venkatasubramanian, 2012). Selon Amaresha et Venkatasubramanian (2012), les facteurs de l'environnement familial pouvant avoir une influence sur la personne atteinte comprennent la qualité des relations familiales, les patterns de communication négatifs, la nature des interactions, la vulnérabilité de la personne atteinte de maladie mentale face au stress et les réactions de la famille face aux symptômes de leur

⁷ Le soutien social se définit par les aspects émotionnel, instrumental, affectif et aidant d'une relation (Estroff & al., 1994).

⁸ Les émotions exprimées sont une mesure utilisée en psychiatrie pour identifier les familles trop impliquées auprès de leur proche atteint de trouble mental, présentant une hostilité ou une attitude négative.

proche. Le fonctionnement familial permettrait donc d'identifier les familles à risque de conflits et de comportements agressifs (Epstein, Baldwin, & Bishop, 1983 ; Wright & Leahey, 2007).

Somme toute, les données empiriques révèlent que l'environnement familial semble avoir un impact considérable sur la santé des individus (Duhamel, 2007). Plus particulièrement chez les personnes atteintes de troubles mentaux, le système familial influence et est influencé dans la problématique des comportements violents. Il apparaît ainsi essentiel de tenir compte du contexte des personnes atteintes de maladies mentales dans le cadre d'étude sur les comportements agressifs. D'ailleurs, le cadre conceptuel de Fresan et ses collaborateurs (2007) sur les facteurs prédictifs de rechute chez les patients atteints de schizophrénie intègre la façon dont les proches-aidants jouent un rôle primordial dans la problématique des comportements violents à trois égards qui sont: 1. le manque de ressources et d'informations pouvant augmenter le risque de comportements agressifs, 2. la gestion de la maladie de la personne atteinte dans la communauté, et 3. la façon dont les membres de familles interviennent lors de la survenue de comportements agressifs.

2.3.4 *Les comportements agressifs et violents perpétrés par les personnes atteintes de troubles mentaux envers leur famille*

Les études recensées dans les sections précédentes suggèrent que l'évaluation du risque de violence perpétrée par les personnes atteintes de troubles mentaux doit tenir compte des réseaux sociaux et du soutien social de ces individus, puisqu'ils peuvent inciter ou diminuer l'occurrence des comportements agressifs (Estroff & al., 1994). Cette section présentera donc la prévalence des comportements violents et agressifs engendrés par les personnes atteintes de maladie mentale spécifiquement envers leurs membres de famille.

Dans cette perspective, il est à souligner que la majorité des personnes atteintes de troubles mentaux vivent dans la communauté en raison des changements induits par la période de désinstitutionalisation au Québec. On estime qu'environ 50% des personnes atteintes de maladie mentale vivent avec les membres de leur famille et que 77% ont des contacts réguliers avec ces derniers (Solomon, Cavanaugh, & Gelles, 2005). De plus, même lorsque la personne atteinte ne vit pas avec sa famille, les recherches s'entendent pour dire que les aidants soutiennent tout de même leur proche atteint sur les plans financier, social et émotionnel (Solomon & al., 2005). Les membres de famille jouent donc un rôle crucial dans la trajectoire de vie de leur proche malade les amenant fréquemment à devoir gérer certains de leurs comportements dérangeants, hostiles, agressifs voire violents.

Plusieurs études quantitatives se sont intéressées à la prévalence des comportements agressifs et violents perpétrés par les personnes atteintes de troubles mentaux envers leur famille. Vaddadi, Gilleard et Fryer (2002) ont mené des entrevues auprès de personnes atteintes de troubles mentaux et de leur famille en Australie révélant que les agressions physiques et verbales n'étaient pas rares. Effectivement, les résultats de l'étude ont confirmé que

«40% des familles avaient fait face à un acte de violence de la part de leur proche atteint au courant de leur vie, 22 % dans la dernière année, 40 % avaient déjà été frappé et 17 pourcent avaient déjà présenté des blessures physiques» [Traduction libre] (Vaddadi, Gilleard & Fryer, 2002, p.151).

Dans une autre étude quantitative conduite en Angleterre, Carmel et ses collaborateurs (2009) ont exploré l'expérience des proches aidants de personnes atteintes de troubles mentaux vivants dans la communauté par des questionnaires auto-rapportés relativement aux comportements agressifs et violents. Les résultats de l'étude ont permis de constater que des 106 répondants de l'étude, 77,4% ont affirmé qu'ils faisaient face à des niveaux d'agressivité de modéré à sévère.

L'étude de Steadman et ses collaborateurs (1998) rapportée dans les sections précédentes soutient également le fait que la majorité des comportements agressifs et violents perpétrés par les personnes atteintes de troubles mentaux sont dirigés vers leur membre de famille. En effet, les résultats de l'étude ont révélé que la majorité des comportements violents rapportés par les deux groupes étudiés (groupe de personnes atteintes de troubles mentaux et groupe de contrôle) étaient perpétrés envers la famille et les amis et s'effectuaient habituellement dans le domicile.

Dans la même lignée, l'analyse par modèle de régression menée par Estroff et al. (1998) a révélé que, des 169 personnes atteintes de troubles mentaux recrutés et suivis pour une période de 30 mois, le fait d'être un membre de famille immédiat, de passer beaucoup de temps et de soutenir financièrement la personne malade étaient associés à risque élevé d'être victime d'un comportement violent.

Tout compte fait, les données empiriques révèlent que les membres de famille sont fortement interpellés dans le phénomène des comportements agressifs et violents perpétrés par les personnes atteintes de troubles mentaux, d'une part parce qu'elles sont souvent la cible de ces gestes. D'autre part, les études soutiennent le fait que l'entourage et l'environnement proximal de la personne atteinte de maladie mentale sont des facteurs pouvant encourager ou diminuer l'occurrence de comportements agressifs ou violents. Il n'en demeure pas moins que la violence perpétrée envers les membres de famille occasionne diverses répercussions sur leur santé et leur bien-être. L'analyse des écrits témoigne ainsi du rôle singulier que jouent chacun des acteurs (patient, famille, amis, professionnels de la santé) dans la prévention de la rechute des personnes atteintes de troubles mentaux et de l'importance de tenir compte des points de vue respectifs dans les recherches.

2.4 *Répercussions des comportements agressifs et violents sur les membres de famille*

Les 60 dernières années ont vu des changements importants se produire dans le traitement des personnes atteintes de troubles mentaux au Québec et ailleurs (Carpentier, 2001). Ces changements ont aussi impliqué les familles qui ont passé par différents rôles au sein de notre système de services en santé mentale. Or, tel que décrit par Morin (2012), il est paradoxal qu'on implique de plus en plus la famille dans les soins à donner à leur proche à une époque où la famille est plurielle et se présente sous différentes formes de structures et de fonctionnement.

Au début du XX^e siècle, les théories psychologiques d'origine psychanalytique sont omniprésentes dans les pratiques médicales et soutiennent le lien causal entre l'hérédité et l'apparition de troubles psychiatriques. Ainsi, selon les fervents de ces approches génétiques et héréditaires, la famille est reconnue comme étant un agent causal au développement des maladies mentales de l'individu. Les travaux du psychanalyste Freud en sont un exemple révélateur, où l'unité familiale serait génératrice de conflits dans les sphères des affects et de la dynamique sexuelle ayant pour conséquence l'apparition de symptômes psychiatrique (Carpentier, 2002). Plus encore, divers travaux psychanalytiques établiront un lien de causalité entre le développement de la schizophrénie et les comportements de la mère (Carpentier, 2002). D'autres modèles théoriques, d'origine sociale, soutiendront également que la famille joue un rôle biologique dans le développement des troubles mentaux (Carpentier, 2002). Par exemple, les études menées par Pearson et al. (1953, dans Carpentier, 2002) relieront les notions de développement de la personnalité au système familial, comme facteur pouvant créer ou maintenir des comportements déviants. Ces conceptualisations pathogènes de la famille demeureront ancrées dans les mentalités pendant plusieurs décennies et jusqu'à ce jour, contribuant à la stigmatisation et à l'invalidité des familles de personnes atteintes de troubles mentaux

C'est grâce à de nouvelles perspectives conceptuelles, telles que la théorie générale des systèmes (von Bertalanffy, 1968), que l'on commence à entrevoir la famille comme agent réagissant au trouble mental d'un de ses membres plutôt qu'un système responsable (Carpentier, 2002). Ce changement drastique de perspective impose une vision de plus en plus multifactorielle des causes de la maladie mentale. Les efforts des professionnels de la santé sont alors axés vers un retour dans la communauté ou dans le milieu naturel pour répondre à des besoins individuels (Morin, 2012). Par ailleurs, les perceptions des professionnels en regard à la famille sont bien ancrées; on la reconnaît comme pouvant être perturbatrice et incompétente (Morin, 2012). Cette dichotomie existante marquera le système de santé mentale. La famille commence à assumer davantage de responsabilités, tout en étant dévalorisée par le maintien de l'autorité et le contrôle exercé par les professionnels. Le début des années soixante sera marqué par de nouvelles théories et conceptualisations qui modifieront la psychiatrie clinique vers des orientations sociales et communautaires. L'épidémiologie psychiatrique, qui s'intéressera particulièrement aux origines sociales des troubles mentaux aura des effets positifs sur la famille : d'une part parce que ce mouvement est orienté vers la communauté et redonnera aux familles la responsabilité de la réadaptation du malade et d'autre part, parce que les études empiriques émanant de ce courant social révèlent que l'on ne peut plus considérer la famille comme facteur biologique et héréditaire seul responsable de l'apparition de troubles mentaux (Carpentier, 2002). D'autres facteurs, de nature socioéconomique, contextuelle et psychologique s'avèrent révélateurs. Ainsi, progressivement s'installera l'idée qu'un ensemble de variables peuvent être à l'origine de l'apparition de troubles mentaux.

Plus le mouvement de désinstitutionalisation s'intensifiera dans les collectivités, davantage la famille sera perçue comme une source de solutions aux personnes atteintes de maladie mentale

(Carpentier, 2002). Effectivement, on commencera à reconnaître les vertus du noyau familial, celles du soutien tant émotionnel que matériel, permettant de soutenir la réadaptation de la personne atteinte. Cette revalorisation de la famille par l'État est incontournable, puisque les études épidémiologiques de l'époque révèlent qu'une importante proportion de la population souffrirait, à un moment de leur vie, d'une expérience de maladie mentale (Carpentier, 2002). La famille se définit donc maintenant par un concept clé développé à cette époque, celui du «soutien social» (Cassel, 1974), ce qui marque une distanciation importante avec la période précédente où elle représentait la source même des désordres psychiatriques.

À l'ère de la désinstitutionnalisation, en plus de reconnaître l'implication incontournable des familles dans le système de santé, bon nombre de recherches s'intéresseront aux besoins émis par les familles et à la charge de soins exercée sur ces dernières. La notion de «fardeau» devient rapidement un sujet de recherche populaire, considérant l'isolement social ressenti par les familles. Des études de types qualitatives exploratoires et quantitatives corrélationnelles ont été effectuées, afin de mieux comprendre l'expérience des proches aidants de personnes atteintes de troubles mentaux, d'évaluer leur niveau de santé et de bien-être et d'identifier les facteurs influençant leur sentiment de fardeau. Rose, Mallinson et Walton-Moss (2002) ont conduit une étude qualitative de type théorisation ancrée dans le but de décrire la situation des familles dont le proche est atteint de maladie mentale. Pour se faire, les chercheurs ont recrutés 29 membres de familles qui ont participé à trois entrevues sur une période de deux années. L'étude a révélé que les familles étaient profondément affectées par la maladie mentale de leur proche et des répercussions sociales en découlant. La préoccupation principale énoncée par les familles recrutées était de devoir faire face à l'instabilité de la maladie de leur proche. De plus, les buts relatés par les familles étaient de gérer

les situations de crise, de contrôler les symptômes et de maintenir un niveau de fonctionnement dit «normal» (Rose, Mallinson, & Walton-Moss, 2002, p.516).

Dans la continuité de cette étude, Chang et Horrocks (2006) ont mené une étude qualitative exploratoire auprès de membres de famille de personnes atteintes de troubles mentaux en Chine. Les entrevues face-à-face menées auprès des 19 participants de l'étude ont révélé que plusieurs des familles se sentaient stressés, surmenées et en colère en raison de la charge importante reliée aux soins de leur proche (hygiène, alimentation, médication, etc.). De plus, plusieurs familles ont mentionné qu'elles se sentaient vulnérables, apeurées et impuissantes devant les comportements agressifs, violents, abusifs ou hostiles de la part de leur proche malade. Finalement, les familles ont affirmées qu'elles étaient souvent préoccupées et embarrassées par les jugements à l'endroit des personnes atteintes de troubles mentaux et que cette stigmatisation augmentait leur sentiment de fardeau.

Plusieurs études quantitatives ont permis de rendre compte des effets néfastes de la prise en charge d'une personne atteinte de trouble mentaux sur la santé, le bien-être et le sentiment de fardeau des aidants (Doornbos, 2001; Jungbauer, Wittmund, Dietrich, & Angermeyer, 2003; Lauber, Eichenberger, Luginbühl, Keller, & Rössler, 2003; Thompson, 2007; Weimand & al., 2010). Le sentiment de fardeau peut être soit : 1. subjectif, lorsqu'il fait référence au niveau de satisfaction de la personne aidante et qu'il appartient aux domaines émotionnel et psychologique, ou 2. objectif, lorsqu'il fait référence aux tâches qui doivent être réalisées dans le ménage (Doornbos, 2001). Ainsi, différentes variables permettraient de mieux évaluer le sentiment de fardeau des proches aidants qui sont : 1. La présence de symptômes de maladie mentale; 2. Le fonctionnement social de la personne atteinte; et 3. Les soutiens social ou professionnels reçus (Doornbos, 2001). Weimand et ses collaborateurs (2010) ont conduit une étude en Norvège auprès

de 226 proches aidants de personnes atteintes de troubles mentaux. L'analyse des questionnaires a permis de constater que ces familles présentaient une moins bonne santé comparativement à la population générale. De plus, les aidants présentaient un sentiment élevé de fardeau et ce, davantage lorsqu'ils vivaient un isolement social et un niveau de stress élevé. Dans une autre étude quantitative prédictive, Thompson (2007) a recruté 189 membres de familles de personnes atteintes de troubles mentaux aux États-Unis, afin d'investiguer le lien pouvant exister entre le sentiment de fardeau financier et la violence perpétrée. Des données recueillies, il a été remarqué que la violence perpétrée par les personnes atteintes de troubles mentaux envers leur proche aidant augmentait leur sentiment de fardeau financier. Ainsi, le fait de devoir prendre en charge les comportements inadéquats, inappropriés voire agressifs d'une personne atteinte de maladie mentale est une source considérable de stress pour le membre de famille (Thompson, 2007). Les données de cette étude corroborent à celle de Doornbos (2001) qui s'est intéressé au soutien professionnel offert aux proches aidants de personnes atteintes de troubles mentaux, afin de mieux définir le rôle des infirmières travaillant en psychiatrie. Dans son étude quantitative descriptive menée auprès de 126 familles aux États-Unis, Doornbos (2001) révèle que de 20% à 50% des participants n'ont jamais reçu de soutien de la part d'un professionnel de la santé.

Bref, les études recensées laissent présager que la santé et la qualité de vie des membres de familles vivant avec une personne atteinte de troubles mentaux peuvent être affectées. L'émergence des mouvements pour les membres de famille de même que les recherches empiriques ont permis de faire évoluer positivement le rôle de la famille. En plus d'être un allié, la famille doit maintenant être considérée comme un expert dans les soins. La famille est une ressource pour le système de santé; son rôle n'est plus passif, mais celui d'un partenaire. Il doit y avoir concertation quant aux directions des politiques publiques et à l'aide nécessaire pour le soutien des personnes atteintes

dans leur milieu de vie. Par ailleurs, il semble que les professionnels s'engagent très peu dans le soutien offert aux proches aidants et les interventions actuellement implantées dans les milieux ne semblent pas répondre adéquatement aux besoins émis par les familles (Doornbos, 2001). Il apparaît donc que les recherches empiriques dans ce domaine devront intégrer tous les acteurs et tous les réseaux sociaux (famille, amis, système de santé, proche-aidants) dans la compréhension du rétablissement des personnes atteintes de troubles mentaux et leur maintien dans la communauté. À cet effet, il sera question, dans la prochaine section, de présenter une recension des écrits sur les recherches ayant évaluées les interventions familiales dans le cadre de la psychiatrie.

2.5 Recherches empiriques sur les interventions familiales évaluées à ce jour

Plusieurs interventions ont été proposées et évaluées dans le but de soutenir les membres de familles de personnes atteintes de troubles mentaux. Des recherches recensées, une méta-analyse (Pharoah, Mari, Rathbone, & Wong, 2012) offre un survol des interventions familiales ayant fait l'objet d'évaluation systématique, alors qu'une autre méta-analyse (Murphy, Irving, Adams, & Driver, 2012) fait état des interventions développées pour aider les patients et leurs proches lors de situations de crise⁹.

Différents modèles de thérapies familiales dont celui développé par Falloon, Boyd et McGill (1984) soutiennent le fait que l'implication de la famille est essentielle pour favoriser le rétablissement du patient atteint de schizophrénie dans la communauté. Ce type de thérapie permet de développer les habiletés de la famille à faire face aux stressseurs environnementaux et ainsi

⁹ Une crise peut se définir par des situations où la personne atteinte de trouble mental vit un stress majeur causé par des événements particulier entraînant un changement dans l'état mental où elle n'est plus en mesure d'utiliser ses mécanismes de coping habituels [Traduction libre] (Murphy & al., 2012, p. 5).

mieux vivre avec le proche vulnérable (Falloon & al., 1984). Différents modèles d'interventions familiales se sont ainsi développés dont la psychoéducation familiale qui regroupe plusieurs éléments dont : l'enseignement sur la maladie, les symptômes et la médication, le soutien et l'écoute, la gestion et la résolution des problèmes de la vie courante, les services de références vers des ressources alternatives, ainsi que l'exploration de techniques améliorant la communication (Dixon et al., 2001). Il apparaît donc que ce type d'intervention familiale présente plusieurs caractéristiques créant ainsi des variations considérables entre les études à devis expérimental (Dixon et al.). Malgré ces différences, il semble qu'il y ait consensus quant aux éléments essentiels à inclure dans les interventions avec les familles et ce, encouragée par l'Association mondiale de la schizophrénie et des maladies apparentées (Dixon et al.).

Une méta-analyse réalisée par Pharoah et ses collaborateurs (2012) avait pour objectif d'évaluer les effets des interventions familiales psychosociales dans la communauté pour les patients atteints de schizophrénie ou ayant une condition similaire comparativement aux soins usuels. Les critères d'inclusion étaient que les études devaient être expérimentales ou quasi-expérimentales et que l'intervention psychosociale étudiée avait un minimum de cinq sessions. Les auteurs ont ainsi retenu 53 études révélant qu'il existe une multitude d'interventions familiales actuellement implantées dans les milieux ou ayant fait l'objet d'évaluation de projets de recherche. Ces interventions sont appelées «psychoéducatives» dans la littérature, puisqu'elles visent majoritairement à fournir de l'enseignement sur divers sujet tels que la médication, la maladie mentale, les symptômes associées à la maladie mentale, les épisodes de décompensation, les bonnes habitudes de vies, la communication, etc. Certaines des interventions familiales incluent un volet de soutien émotionnel et de services de références. Ces interventions peuvent être en groupe (membres de famille seulement), avec les personnes atteintes ou des rencontres familiales en mode

individuel. Ces interventions varient également dans le temps pouvant aller de rencontres hebdomadaires s'échelonnant sur quelques semaines jusqu'à quelques années.

Pour mesurer l'efficacité des 53 études retenues, différentes variables ont été prises en compte (suicide ou tout autre cause de mortalité, utilisation des services de santé et sociaux, nombre d'hospitalisation, l'état clinique du patient, rechute du patient, détresse psychologique vécue par les membres de familles, émotions exprimées, fonctionnement social du patient, qualité de vie des proches aidants, etc.). Aucune étude recensée ne tient toutefois compte de la perception des utilisateurs de services (personnes atteintes) en lien avec les interventions familiales évaluées.

Pour s'assurer de la validité des 53 études primaires incluses, les auteurs ont évalué le risque de biais à l'aide de l'outil décrit dans le *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (Pharoah & al., 2012). Par ailleurs, les auteurs mentionnent que de l'ensemble des études sélectionnées, 26 se sont assurées d'être aveugle à l'assignation des participants aux groupes. Les différentes études de source primaire incluaient des interventions familiales pouvant aller de 6 semaines à 3 ans (Pharoah & al.). De plus, les auteurs ont inclus des études dont les participants provenaient de différentes cultures, dont les hommes et les femmes étaient impliqués à part égale, avec des âges variés et ayant vécu une première hospitalisation ou ayant plusieurs antécédents. En général, le but des interventions était d'améliorer le climat familial et de diminuer les rechutes du patient. Les auteurs ont ainsi analysé les études primaires en considérant leurs variations respectives : 1. ils ont comparé les études dont la durée de traitement était similaire et les ont regroupés en sept classes : 0 à 6 mois, 7 à 12 mois, 13 à 18 mois, 19 à 24 mois, 25 à 36 mois, 5 années et 8 années; et 2. ils ont analysé les études incluses selon le type d'intervention en trois catégories (interventions familiales comparativement aux soins usuels, interventions

familiales comportementales comparativement aux interventions familiales de soutien et interventions familiales de groupe comparativement aux interventions familiales individuelles).

Il ressort que les résultats des études recensées se sont avérés significatifs. L'analyse des études primaires randomisées révèle que l'application d'une intervention familiale de plus de 12 mois réduirait le nombre d'hospitalisation et encouragerait l'adhérence à la médication des patients. Les interventions familiales permettraient également de diminuer le risque de rechute des symptômes chez les patients, d'alléger le sentiment de fardeau des familles, d'améliorer le niveau de fonctionnement social de la personne atteinte et de diminuer le niveau d'émotions exprimées dans la famille. Une autre méta-analyse (Justo & al., 2009) ayant pour objectif d'évaluer l'efficacité des interventions familiales auprès d'un groupe ciblé de personne atteinte, soit les patients atteints de maladie affective bipolaire, en vient à la même conclusion. Selon Justo et ses collaborateurs (2009), les membres de familles de personnes atteintes de troubles mentaux jouent un rôle crucial dans la détection des fluctuations de la symptomatologie de leur proche et peuvent ainsi agir de manière préventive s'ils ont été adéquatement formés. De plus, les auteurs s'entendent pour dire que si l'environnement dans lequel gravitent la famille et le proche atteint est amélioré, cela permettrait d'améliorer les chances de rétablissement de la personne malade.

Les interventions psychoéducatives seraient donc efficaces pour réduire significativement les rechutes et les ré-hospitalisations des personnes atteintes de troubles mentaux allant de 20% à 50% (Dixon et al., 2001). Par ailleurs, il semble que les programmes dont la durée était de plus de 3 ans démontraient une réduction des rechutes et des ré-hospitalisations plus importante (Dixon et al.). Cette dernière constatation va de pair avec l'étude expérimentale de Carrà, Montomoli, Clerici et Cazzulo (2007) qui soutient le fait que les interventions efficaces pour les patients atteints de schizophrénie et leur famille devraient comprendre une intervention psychoéducatrice formelle,

mais également un soutien émotionnel et éducatif continu. Dans le même ordre d'idée, une méta-analyse regroupant 16 études de source primaire à devis expérimentaux révèle que les interventions psychoéducatives auprès des familles de proche atteint d'une maladie mentale ont un effet plus significatif sur leur sentiment de fardeau lorsque celles-ci ont un minimum de 12 sessions (Stam & Cuijpers, 2001). Il va donc sans dire que le fait de donner ponctuellement des formations de type psychoéducatives ne permet pas d'outiller les membres de famille de façon permanente et que des interventions favorisant davantage leur *empowerment* serait à privilégier.

D'autres éléments semblent également essentiels à la thérapie psychoéducatrice pour les familles : coordination des soins et des traitements, gestion de la médication, écoute et soutien émotionnel, résolution de problèmes de la vie courante, amélioration de la communication patient-famille, enseignement sur la maladie et les symptômes, élargissement du réseau social et offre de ressources adaptées (Dixon et al.). Qu'en est-il alors de la gestion des comportements agressifs par les membres de familles?

La présentation des recherches empiriques portant sur des interventions lors de situations de crise est pertinente, puisqu'elles prennent en considération le phénomène de la violence perpétrée par les personnes atteintes de troubles mentaux dans la communauté. Deux méta-analyses (Murphy & al., 2012; Savage & al., 2011) se sont intéressées plus spécifiquement aux études expérimentales évaluant l'efficacité des interventions de gestion des situations de crise. Le but de ce type d'intervention est d'offrir un service de soutien par une équipe de professionnels multidisciplinaires aux personnes atteintes et à leur membre de famille à n'importe quelle heure de la journée en évaluant et en identifiant rapidement les problèmes pour ensuite trouver des solutions. Les objectifs principaux de ce type de services dans la communauté sont de stabiliser la symptomatologie des patients, éviter une rechute de la maladie, prévenir les ré-hospitalisations et

offrir un soutien à la famille. Les soins offerts comprennent généralement un suivi de la médication, des thérapies, du counseling, des conseils relativement aux habitudes de vie, à la résolution de problèmes et un soutien pour les membres de famille lors des épisodes de décompensation aiguë de la maladie. Par ailleurs, ce type d'intervention n'est pas uniquement dirigé à l'intention des membres de famille de personnes atteintes de troubles mentaux. Murphy et ses collaborateurs (2011) ont rapporté six études portant sur l'évaluation des interventions en situation de crise. Dans les études de sources primaires retenues, différentes variables ont été prises en considération pour rendre compte de l'efficacité des interventions en situation de crise : 1. l'utilisation des services; 2. la satisfaction des participants (patient ou famille); 3. le fonctionnement social; et 4. le coût des interventions. Ces interventions ont montré différentes améliorations et bienfaits pour les patients atteints de troubles mentaux et leur famille : 1. Une diminution substantielle des ré-hospitalisations; 2. une diminution du sentiment de fardeau vécu par les proches aidants; et 3. une stabilisation des symptômes de maladie trois mois après l'introduction d'une équipe de résolution de situations de crise. De plus, les auteurs affirment que les ré-hospitalisations étaient encore moins importantes dans une étude menée en Angleterre où l'équipe de soins se déplaçaient directement au domicile du patient et de son proche aidant, permettant ainsi d'intervenir directement dans l'environnement familial (Jonhson et al., 2005). Des six études retenues, une seule s'est intéressée à la satisfaction des patients et de leurs membres de famille (Hoult, 1986). Les résultats de cette étude soutenaient le fait que les patients et leurs proches étaient davantage satisfaits dans les groupes intervention (équipe de résolution de crises) que dans les groupes témoin (soins usuels). Toutefois, plusieurs membres de familles recrutées ont mentionné n'être toujours pas en mesure de faire face aux situations de crise 12 mois après que l'étude ait débutée. Finalement, une seule étude s'est intéressée à certains symptômes particuliers dont les comportements agressifs (Hoult). Il s'est avéré qu'il n'y avait pas de différences significatives entre les groupes avec un soutien de l'équipe de

résolution de crise et les groupes de soins usuels. Toutefois, les patients ayant reçu les services de l'équipe de soutien lors des situations de crise présentaient moins de symptômes d'agitation et d'autres symptômes de décompensation (symptômes psychotiques, symptômes dépressifs, abus de substances, etc.).

En résumé, les recherches empiriques portant sur les interventions auprès des familles de personnes atteintes de maladie mentales sont extrêmement variées en termes de contenu et de nombre de session. Ces interventions ne sont pas toutes systémiques et très peu d'entre elles traitent spécifiquement de l'agressivité. De plus, les interventions familiales offrant un soutien à long terme ou encourageant l'autonomisation des familles et des utilisateurs de services seraient davantage efficaces. L'analyse de la recension des écrits relativement aux interventions familiales porte à croire qu'il est primordial d'inclure la famille dans le développement et l'implantation de programmes à leur intention. Par ailleurs, il semble que peu d'étude empirique se sont penchées spécifiquement sur des programme de formation pour la gestion des comportements agressifs des personnes atteintes de troubles mentaux, alors qu'il s'agit d'un besoin primordial émis par les familles (Lavoie-Tremblay et al., 2012). Finalement, très peu d'études recensées se sont intéressés à la perception des personnes atteintes de troubles mentaux dans l'évaluation des programmes développés à l'intention de leur membre de famille, alors que ces derniers sont au cœur même des stratégies d'interventions.

Chapitre 3
Cadre de référence et questions de recherche

Dans ce chapitre, le cadre de référence utilisé pour cette étude sera présenté. Par la suite, les questions de recherche seront étalées, découlant directement des concepts centraux relatifs au cadre de référence retenu pour cette étude.

3.1 Cadre de référence : Modèle sur les comportements violents des personnes atteintes de troubles mentaux comme facteurs prédictifs de ré-hospitalisations.

Le modèle de Fresan et al. (2007) est privilégié dans le cadre de cette étude. Ce modèle rend généralement compte du processus itératif et cyclique de la violence entourant la rechute de patients atteints de troubles mentaux. L'hypothèse générale de ce modèle est que la combinaison de divers mécanismes et composantes dont il a été question au chapitre précédent perpétuent un pattern circulaire de violence chez les personnes atteintes de troubles mentaux conduisant à des ré-hospitalisations fréquentes. Le modèle de Fresan et al. (2007) a également été retenu pour l'étude plus vaste de Bonin et al. (2011) dans lequel ce projet s'insère. Issu des sciences médicales, ce modèle est d'autant plus pertinent, car il justifie le but de cette étude, soit de décrire et d'analyser les personnes atteintes de troubles mentaux suite à une formation de gestion des comportements agressifs par et pour leur membre de famille. En effet, le modèle de Fresan et al. (2007) soutient le fait que tous les acteurs doivent être pris en compte dans l'élaboration d'interventions permettant

de prévenir la rechute des personnes atteintes de troubles mentaux. De ce fait, il devient alors indispensable, dans une étude évaluative de création et d'implantation d'un projet novateur de formation pour les membres de famille de personnes atteintes de troubles mentaux, de s'intéresser au point de vue du patient. Effectivement, dans la recherche participative de Bonin et al. (2011), il a déjà été prévu d'évaluer la formation novatrice de gestion des comportements agressifs par et pour les membres de familles de proches atteints de troubles mentaux auprès des familles et des intervenants (professionnels de la santé et organismes communautaires). La présente étude souhaite ainsi rendre compte de la singularité et de la subjectivité des personnes atteintes de troubles mentaux, comme addition originale au projet de Bonin et al. (2011), suite à une formation de gestion des comportements agressifs pour leur membre de famille, ce qui renvoie aux valeurs humanistes valorisées par la discipline des sciences infirmières.

Le modèle de Fresan et ses collaborateurs (2007) a été choisi pour trois raisons. Premièrement, il tient compte d'un ensemble de facteurs de risque reliés à la violence perpétrée par les personnes atteintes de maladie mentale : 1. la non-observance au plan de traitement médical; 2. la présence de symptômes positifs de troubles mentaux; 3. le dysfonctionnement familial; 4. le manque de soutien social; et 5. une prise en charge inadéquate de la maladie dans la communauté. Deuxièmement, ce modèle repose sur une perspective systémique qui rappelle la complexité des situations vécues par les personnes atteintes de troubles mentaux et qui s'intéresse autant aux symptômes et à leur soulagement qu'au contexte relationnel (Archambault, Doutrelepon, & Savoie, 2008). Enfin, ce modèle intègre la façon dont les familles, autant que les professionnels de la santé, peuvent intervenir dans la prévention de la rechute des personnes atteintes de troubles mentaux. En somme, le modèle de Fresan et ses collaborateurs (2007) permettra de guider et

d'orienter la présente recherche à l'aide des concepts clés qu'il fait ressortir, qui seront utilisés à titre de ligne directrice.

Le cadre conceptuel de cette étude présente le cycle de rechute menant à l'hospitalisation du proche atteint de trouble mental. Ainsi, ce modèle intègre la façon dont les familles interviennent face aux symptômes et aux comportements dérangeants associés au trouble mental et face à la façon dont ils sont soutenus par les intervenants. L'auteur souligne que l'intervention éducative auprès des familles est l'élément central du modèle. Pourtant, comme il a été élaboré dans le chapitre précédent, les programmes actuellement mis en place pour les familles sont d'ordre général et portent sur l'étiologie de la maladie, les traitements, les ressources du milieu, etc., alors que les familles ont besoin d'information sur l'agressivité et les comportements violents (Bonin, 2011).

Tel que présenté à la figure 1, le modèle de Fresan et al. (2007) comprend quatre facteurs indispensables à la compréhension du phénomène cyclique de la rechute des personnes atteintes de maladie mentale. La première caractéristique se rapporte au domaine clinique, soit la phase active de la maladie où la personne atteinte présente essentiellement des symptômes psychotiques (diminution de l'autocritique, hallucinations et délires). Les symptômes positifs de troubles mentaux témoignent généralement d'une mauvaise prise en charge de la maladie et un soutien social inadéquat. La fluctuation des symptômes de maladie mentale est souvent causée par une non-observance au traitement médical (arrêt de la prise régulière de la médication, non-assiduité au rendez-vous médicaux, etc.), qui correspond à la deuxième caractéristique. La personne atteinte présente alors de l'irritabilité, de l'hostilité et de l'agitation envers les membres de sa famille. C'est lors de ces périodes de décompensation de la maladie que le risque de comportements violents augmente. La fréquence et la gravité de ces comportements sont donc une autre caractéristique

importante dans ce modèle, puisqu'ils sont souvent la cause d'une ré-hospitalisation chez les personnes atteintes. La dernière caractéristique se réfère à l'environnement social et familial. Effectivement, selon Hyde (1997), les familles ne sont généralement pas préparées à gérer des comportements violents. De plus, ce manque de connaissances et d'habiletés peut exacerber l'agressivité ou peut générer des comportements dangereux de la part du proche atteint. Par ailleurs, le fonctionnement familial peut, de façon inverse, être un facteur de protection à la gestion de la maladie de la personne atteinte. En résumé, l'ensemble de ces caractéristiques seront considérées dans la présente recherche, permettant de décrire et d'analyser les perceptions des personnes atteintes de troubles mentaux suite à une formation de gestion des comportements agressifs par et pour leur membre de famille.

3.2 Questions de recherche

Considérant le modèle de Fresan et al. (2007) présenté ci-haut, cette recherche propose une question de recherche principale de même que trois sous-questions de recherches pour décrire et analyser les perceptions de l'agressivité, du fonctionnement familial ainsi que de l'observance au traitement médical de personnes atteintes de troubles mentaux. En particulier, lorsque les membres de famille de ces personnes atteintes auront suivi une formation adaptée sur la gestion des comportements agressifs tel que proposé par l'étude plus vaste. La question de recherche principale est :

Quelles sont les perceptions de personnes atteintes de troubles mentaux relativement aux caractéristiques du cycle de rechute suite à une formation de gestion des comportements agressifs adaptée par et pour leurs membres de familles ?

Les trois sous-questions de recherche sont :

- 1) Quelles sont les perceptions spécifiques à l'occurrence (niveau, nature, fréquence) de comportements agressifs suite à une formation adaptée par et pour leurs membres de familles ?
- 2) Quelles sont les perceptions spécifiques au fonctionnement familial suite à une formation adaptée par et pour leurs membres de familles ?
- 3) Quelles sont les perceptions spécifiques à l'observance au traitement médical suite à une formation adaptée par et pour leurs membres de familles ?

Ces trois questions renvoient directement aux concepts de comportements agressifs, du fonctionnement familial et de l'observance au traitement médical du modèle de la Figure 2.

Le chapitre suivant présentera la méthode déployée pour répondre à ces trois questions de recherche.

Chapitre 4
Méthode

Ce chapitre présente la méthode retenue pour atteindre le but de cette étude, soit de décrire et analyser les perceptions de l'agressivité, du fonctionnement familial ainsi que de l'observance au traitement médical de personnes atteintes de troubles mentaux suite à une formation de gestion des comportements agressifs adaptée par et pour leurs membres de familles. Cette section présentera dans un premier temps les préambules à l'étude plus vaste dans laquelle s'insère le projet de l'étudiante-chercheuse. Dans un deuxième temps, les aspects méthodologiques propres à cette étude seront étalés: 1. le devis de recherche; 2. le milieu de recherche et l'échantillon; 3. le déroulement de l'étude; 4. les volets quantitatif et qualitatif de l'étude; 5. la rigueur scientifique; 6. les considérations éthiques; et 6. la portée et les limites de l'étude.

4.1 Contexte de recherche

Cette étude s'insère dans une recherche action plus large ayant pour objectifs de développer, d'implanter et d'évaluer un programme de formation par et pour des membres de familles relativement à la gestion de l'agressivité. Dans cette section, la méthodologie de l'étude plus large sera d'abord présentée.

4.1.1 Méthodologie de l'étude plus large

L'étude de Bonin et al. (2011) dans laquelle s'insère le projet de l'étudiante chercheuse est une recherche action participative (RAP). Selon Cave et Ramsden (2002), la RAP est axée sur des

travaux avec les gens pour identifier des problèmes dans la pratique, mettre en œuvre des solutions, surveiller le processus du changement et évaluer les résultats. La RAP comporte trois éléments: 1. des méthodes participatives; 2. l'égalité entre les chercheurs et les participants; et 3. la praxis. La RAP est une enquête systématique, menée en collaboration avec les personnes touchées par la question étudiée, qui vise à éduquer, à intervenir ou à apporter un changement. La force de la recherche-action se situe dans sa faculté d'influencer positivement la pratique, tout en recueillant systématiquement des données (Hagey, 1997; Reason & Rowan, 1981). Dans le cas de l'étude de Bonin et al. (2011), il s'agit d'une recherche qui implique des décideurs institutionnels, communautaires, des membres de familles, et ce à toutes les étapes du projet.

Les questions de recherche de cette étude plus vaste sont :

- 1) Quels sont les facteurs qui facilitent ou entravent l'implantation de chacune des vagues de la nouvelle formation de gestion des comportements agressifs?
- 2) Quels sont les effets de l'implantation de chacune des vagues de la nouvelle formation sur :
 1. la perception des membres de familles des comportements agressifs en général;
 2. la perception de leur capacité à gérer l'agressivité de leur proche atteint;
 3. la demande d'aide institutionnelle des familles;
 - et 4. leur gestion du comportement agressif.
- 3) Quelle est la satisfaction des membres de familles ayant reçu les formations proposées?
- 4) Comment les membres de familles qui ont participé au processus de conception du programme perçoivent ils leur rôle et leur apport à la qualité de vie de leurs pairs?

Une approche multiméthode (quantitative et qualitative) est utilisée pour répondre aux questions de recherche. Ce projet a été soumis préalablement au comité d'éthique de *l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal* (IUSMM). Le milieu privilégié par l'étude plus vaste

regroupe le *Centre de recherche Fernand-Séguin*, des hôpitaux psychiatriques (*Institut universitaire Douglas* et l'IUSMM) de même que des organismes communautaires venant en aide aux familles. La population de l'étude plus large est composée de proches aidants qui ont été recrutés par les organismes communautaires participants. Les critères d'inclusion étaient: 1. être membre de famille ayant vécu de l'agressivité de la part de leur proche atteint; 2. parler et comprendre le français; 3. être âgé d'au moins 18 ans; et 4. être membre d'une association de famille de personnes atteintes de troubles mentaux. De plus, les sujets de l'étude plus vaste ne doivent pas participer à la recherche en tant que décideur ou informateur-clé. Au Québec, deux associations principales, soit la Société québécoise de la schizophrénie (SQS) et la Fédération des familles et des amis de personnes atteintes de maladies mentales (FFAPAMM) regroupent respectivement 500 et 2000 membres de familles de personnes atteintes de maladies mentales. De plus, la FFAPAMM regroupe 39 associations au Québec ce qui a permis à l'équipe de recherche de dispenser la formation auprès des participants dans les milieux communautaires.

La dispensation de la formation à l'intention des membres de familles s'est déroulée en cinq étapes. Dans un premier temps, 14 membres de familles ont été recrutés au sein d'organismes communautaires participant à l'étude de Bonin et al. (2011), lesquels regroupent la plupart des associations qui aident les familles de personnes atteintes de troubles mentaux au Québec. Ces personnes ont été choisies suite à une entrevue menée par un membre de famille, un membre d'association de famille et un chercheur. Ces personnes sont devenues, au terme des activités suivantes, les formateurs de la nouvelle formation de gestion des comportements agressifs dispensée en deux vagues.

Une fois les membres de familles recrutés, ces derniers ont été formés à l'approche *OMÉGA* sur une période de quatre jours telle que dispensée aux intervenants des milieux hospitalier et

communautaire du Québec. Cette formation a été donnée par des formateurs d'un centre hospitalier de la région de Montréal spécialisé en santé mentale et dont la directrice des soins infirmiers agit comme décideur principal au sein du projet.

Au terme de cette formation qui a eu lieu du mois d'avril 2012 au mois de juin 2012, les 14 membres de famille recrutés ont participé à un comité de création d'une nouvelle formation, adapté de *OMÉGA*. Ce processus s'est déroulé dans le même centre hospitalier où la formation *OMÉGA* a été dispensée en compagnie de certains membres de l'équipe de recherche de même qu'un des formateurs impliqué à l'étape précédente. Cette étape s'est déroulée au cours des mois de juin à août 2012. En fait, il aura fallu 17 jours aux membres de familles pour adapter la formation et que tous y adhèrent et la trouvent adaptée aux besoins des familles.

Par la suite, quatre jours de formation à la prestation de la formation, sous forme d'ateliers et de micro-présentations, ont été offerts aux membres de familles. Cette formation permettait d'être autonome dans la diffusion de la formation *OMÉGA* et de créer sa propre dyade de formateurs. Cette formation visait à rendre le participant apte à enseigner la nouvelle formation de gestion des comportements agressifs aux autres membres de familles. La session était divisée en trois blocs de formation en laboratoire espacés de trois à quatre semaines, suivis de quatre jours d'enseignement sous supervision, puis d'une dernière journée de formation en laboratoire. Les membres de famille recrutés étaient alors en mesure : 1. d'expliquer, de reformuler et d'illustrer le contenu théorique du cours de base; 2. de démontrer, de justifier et de superviser l'apprentissage de toutes techniques verbales, psychologiques et de protection physique; 3. de sélectionner et d'utiliser adéquatement les activités et le matériel de soutien pédagogique; et 4. de gérer le climat du groupe et de traiter le vécu et les expériences passées des participants en harmonie avec les valeurs, les objectifs et le contenu du cours de base.

Une fois cette étape réalisée, les 13 membres de famille¹⁰ recrutés ont dispensé, en dyade, la nouvelle formation, intitulée «Apprendre à se rapprocher sans agressivité», pour d'autres membres de famille de personnes atteintes de troubles mentaux via les organismes communautaires impliqués dans le présent projet. Ces formations étaient d'une durée de deux heures 30 minutes à raison de cinq rencontres, tel que décidé par les membres de familles recrutés. Deux séries de formations avaient été prévues pour la première vague: une à l'automne 2012 et une au printemps 2013. La première vague de formation s'est ainsi déroulée de septembre 2012 jusqu'à ce jour auprès d'environ 200 participants. La deuxième vague de formation a débutée à l'automne 2013 et environ 75 formations ont été dispensées.

4.1.2 Description de la formation

Le programme de formation de gestion des comportements agressifs a été développé sur la base de la formation *OMÉGA*. Il s'agit d'une formation enseignée dans les milieux hospitaliers et communautaires à qui vise à soutenir les professionnels de la santé, dans leurs interventions, lors de situations d'agressivité. L'approche *OMÉGA*, qui est un modèle d'intervention transdisciplinaire largement reconnu en sciences infirmières, a été développée par *l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS)*. Les objectifs spécifiques de cette formation sont :

«1. d'identifier les éléments à risque présents dans les milieux de travail; 2. d'adapter ou de maintenir des habitudes de travail sécuritaires lors de tâches effectuées dans le milieu naturel des clients; 3. de dépister rapidement les comportements agressifs; 4. de sélectionner et d'appliquer le mode d'intervention verbale/ psychologique le plus approprié à l'agressivité exprimée; 5. de communiquer efficacement avec les collègues dans un objectif de résolution de crise d'agressivité;

¹⁰ Un membre de famille a participé à tout le processus de création et d'adaptation de la formation, mais s'est désisté pour la dispensation pour des raisons de santé.

et 6. de choisir et de prendre des dispositions de protection physique appropriées à la situation» (ASSTSAS, 2010, p.10).

Les valeurs sur lesquelles se basent cette formation sont le respect, le professionnalisme, la responsabilisation et la sécurité (ASSTSAS, 2010). La formation *OMÉGA*, lorsqu'elle est enseignée auprès des professionnels, s'échelonne sur une période de quatre jours et aborde diverses thématiques dont: 1. les principes de base pour assurer sa sécurité et celles des autres; 2. l'évaluation de la situation de travail; 3. l'appréciation du degré d'alerte¹¹; 4. le potentiel de dangerosité¹²; 5. les aspects généraux de la communication; 6. la pacification de crise¹³; 7. les autres approches verbales et psychologiques; et 8. les principes de protection physique.

4.2 Devis de recherche

Pour répondre aux questions de la présente recherche et compte tenu de la complexité qu'implique la problématique des comportements agressifs perpétrée par les personnes atteintes de troubles mentaux envers leur famille, un devis mixte combinant des méthodes quantitative et qualitative est retenu. Ce choix se justifie par le souci d'utiliser de manière complémentaire différents types de données, différents types de collectes d'information et différents types d'analyses dans le but d'ajouter aux données quantitatives sur les perceptions des personnes atteintes de troubles mentaux une profondeur explicative pouvant émerger des données qualitatives (Teddlie & Tashakkori, 2003). Une telle approche suggère qu'un phénomène est alors mieux

¹¹ L'évaluation du degré d'alerte implique d'anticiper sa protection, d'observer dans le but d'adapter son comportement face à la personne en crise.

¹² Évaluation permettant de mesurer le degré de dangerosité manifesté par la personne et de guider le professionnel dans le choix de l'intervention appropriée et d'avoir un langage commun entre les intervenants.

¹³ Le but de la pacification est de résoudre une situation de crise par une approche centrée sur le vécu de la personne.

compris s'il est examiné selon différentes perspectives en rehaussant ainsi les forces de chacune des deux approches (DeCuir-Gunby, 2008; Polit & Beck, 2007).

Ainsi, les perceptions des personnes atteintes de maladies mentales en regard de l'agressivité, du fonctionnement familial et de l'observance au traitement sont cernées par le volet quantitatif. Par ailleurs, comme ces perceptions ont été recueillies à la suite d'une formation de gestion des comportements agressifs qu'a reçue leur membre de famille, le volet qualitatif de cette étude permet mieux de comprendre la nature même des changements pouvant s'être opérés dans la dynamique familiale.

4.3 Milieu de recherche et échantillon

Le milieu privilégié par l'étude regroupe le *Centre de recherche Fernand-Séguin*, des hôpitaux psychiatriques (*Institut universitaire Douglas* et l'IUSMM) de même que des organismes communautaires venant en aide aux familles de personnes atteintes de troubles mentaux.

L'échantillon est constitué de 25 personnes atteintes de troubles mentaux dont le membre de famille a reçu la formation de gestion des comportements agressifs à la première ou à la deuxième vague ayant rempli le questionnaire auto-administré et, de ce nombre, huit sujets ont participé à des entrevues individuelles. Comme la recherche qualitative ne se fonde pas sur le principe de généralisation, mais plutôt sur l'obtention de données riches en contenu et en détails, la taille de l'échantillon se base sur le principe de saturation des données (Miles & Huberman, 2003). Selon ces mêmes auteurs, la saturation des données est possible au moment où les données recueillies ne fournissent pas d'éléments nouveaux à la recherche en cours, ce qui a été le cas à l'aide des huit participants recrutées par l'étudiante-chercheuse. Les critères d'inclusion

comprenaient, d'une part, ceux découlant du projet initial de Bonin et al. (2011) énoncés à la section 4.1 de ce mémoire.

D'autre part, certains autres critères d'inclusion ont été établis spécifiquement au projet de l'étudiante-chercheuse soit:

- Être âgé de plus de 18 ans
- Être atteint d'un trouble mental répertorié au DSM-IV
- Au moment de l'étude, la personne atteinte ne devait pas être hospitalisée

4.4 Déroulement de l'étude

L'étude plus large comportait des mesures quantitatives, sous la forme de questionnaires postés ou donnés par le formateur lors de la première rencontre de formation. Au moment d'écrire le présent projet, environ 175 questionnaires avaient été reçus. Il était prévu que les familles participantes recevraient un questionnaire quatre mois après la formation pour évaluer si des changements se sont produits dans ces familles suite à cette expérience. Lors de cet envoi, et expressément pour les besoins de l'étude de maîtrise, un formulaire de consentement (Appendice A) a été inséré dans l'enveloppe par l'équipe de recherche, leur demandant l'autorisation de contacter leur proche atteint pour recueillir sa perception des changements qui se sont produits dans la famille au cours des derniers mois. Le formulaire demandait aussi au membre participant s'il préférait donner ce questionnaire en main propre à son proche atteint ou si nous devions le poster directement à ce dernier. Cette question permettait de respecter la perception du participant de la relation avec son proche et de limiter les impairs qui auraient pu agir sur la dynamique familiale. Des relances téléphoniques et postales ont été effectuées par l'étudiante chercheuse, afin de favoriser un taux de participation maximal. De plus, lors de la deuxième vague de formation,

l'étudiante chercheuse s'est présentée directement dans les groupes de formations, afin de faire connaître aux membres de familles participants son projet de recherche et ce, avec l'accord du formateur. Par la suite, tout comme dans la première vague de formation, le formulaire de consentement a été envoyé par la poste aux membres de famille ayant reçu la formation.

Afin de mieux comprendre le vécu des personnes suite à la participation de leur proche à la formation, et considérant la possibilité d'un nombre relativement restreint de questionnaires auto-rapportés, des entrevues individuelles ont été effectuées. À cet effet, une question demandant si le répondant accepte qu'on le rencontre en entrevue a été placée dans le formulaire de consentement, lui offrant la possibilité d'une rencontre avec l'étudiante chercheuse, infirmière en psychiatrie dans un centre hospitalier universitaire de Montréal, au lieu de son choix. Un bureau au *Centre de recherche Fernand-Séguin* a été mis à la disposition de l'étudiante à cet effet. Au total, sept entrevues individuelles ont été effectuées en personne et une par téléphone en raison du lieu géographique éloigné de certains participants.

Un addendum a été produit et soumis au comité d'éthique de la recherche de l'IUSMM au mois d'avril 2013.

4.5 Volet quantitatif

4.5.1 Outils de collecte des données quantitatives

La collecte des données quantitatives relativement aux perceptions des personnes atteintes de troubles mentaux dont le proche a reçu la nouvelle formation de gestion des comportements agressifs s'est effectuée à partir d'un questionnaire auto-administré (Appendice B). Ce questionnaire a été rempli une seule fois par les personnes atteintes recrutées pour la présente étude et comprenait cinq sections distinctes. Tout d'abord, un questionnaire sociodémographique, tiré de l'étude plus vaste de Bonin et al. (2011), a permis de décrire la situation des personnes atteintes de

troubles mentaux. En effet, il s'est avéré pertinent, selon les recherches répertoriées dans la recension des écrits, de tenir compte de plusieurs caractéristiques des personnes atteintes de troubles mentaux dans l'évaluation du phénomène des comportements agressifs et violents. Ces caractéristiques individuelles ont permis de circonscrire la population à l'étude pour cette recherche. Ensuite, un questionnaire sur la condition mentale des répondants a été prévu (Eisen, 2007), ce qui a permis de rendre compte de la situation de santé des participants de l'étude.

Les trois sections suivantes du questionnaire auto-administré comprenaient les variables principales pour cette étude. Une recension exhaustive de même que l'utilisation du modèle conceptuel de Fresan et al. (2007) a permis d'identifier les variables pertinentes à analyser pour cette recherche. Les variables sont : 1. la perception de l'agressivité; 2. le fonctionnement familial; et 3. l'observance au traitement médical. Les questionnaires auto-administrés comprenaient : 1. un questionnaire sur la perception de l'agressivité (De Benedictis et al., 2011); et 2. un questionnaire sur le fonctionnement familial (Epstein, Baldwin, & Bishop, 1983). Finalement, trois questions à la fin du questionnaire auto-administré se rapportaient aux changements perçus par la personne atteinte de trouble mental depuis que son membre de famille a reçu la formation de gestion des comportements agressifs. Ces trois questions portaient sur les changements notés par la personne atteinte concernant l'agressivité au sein de la famille, la dynamique familiale et l'observance au plan de traitement médical et étaient respectivement : 1. depuis que votre proche a reçu la nouvelle formation de gestions des comportements agressifs; l'agressivité au sein de votre famille a-t-elle (...); 2. depuis que votre proche a reçu la nouvelle formation de gestion des comportements agressifs, votre relation avec les membres de votre famille s'est-elle (...); et 3. depuis que votre proche a reçu la nouvelle formation de gestions des comportements agressifs, votre capacité à respecter votre traitement médical s'est-elle (...). Les choix de réponses pour ces questions étaient au nombre de trois et ont permis de mesurer si l'agressivité avait : 1. augmentée; 2. diminuée; ou

3. restée la même; si la dynamique familiale et l'observance au traitement médical se sont : 1. améliorées; 2. détériorées; ou 3. restées les mêmes. Les instruments de mesure pour chaque variable seront élaborés dans la section subséquente.

4.5.2 Définitions conceptuelles et opérationnelles des variables

4.5.2.1 Mesure de la condition mentale

Il s'agissait de mesurer la condition mentale des personnes atteintes de troubles mentaux recrutés pour la présente étude, afin de dresser un portrait clinique de ces derniers. Il est entendu que la condition mentale se rapporte à un ensemble de symptômes présentés par les personnes atteintes, au-delà du diagnostic de maladie. L'utilité du diagnostic médical est limitée, alors que la mesure des symptômes de troubles mentaux permettra une meilleure compréhension de la condition mentale du patient, et ce, en lien avec les comportements agressifs. Cette variable a été mesurée par l'*Échelle d'identification des comportements et des symptômes*, traduite en français à l'aide d'une méthode *double back translation* et adaptée de l'outil «Behavior and Symptom Identification Scale» (*Basis-24*) (Eisen, Gerena, Ranganathan, Esch, & Idiculla, 2006). Il s'agit d'une échelle multidimensionnelle sur la condition mentale auto-rapportée développée et validée en anglais (Eisen, Normand, Belanger, Spiro, & Esch, 2004; Eisen & al., 2006). Cette échelle permet d'évaluer six aspects des symptômes de troubles mentaux qui sont: 1. dépression/fonctionnement; 2. relations interpersonnelles; 3. l'automutilation; 4. labilité des émotions; 5. les symptômes psychotiques; et 6. l'abus de substances (Eisen et al., 2010). L'échelle a permis de dresser un portrait clinique des participants de l'étude. Cette échelle comprend 24 items évalués par une échelle de *Likert* en cinq points. Elle a été utilisée lors d'une enquête menée en Angleterre auprès de 588 patients atteints de troubles mentaux hospitalisés ou utilisateurs de services de deuxième ou première ligne et de 630 adultes de la population générale (Cameron et

al., 2007). Les résultats suggèrent que l'échelle *Basis-24* est un outil de mesure bref et simple permettant d'évaluer la condition mentale des répondants de même que leur fonctionnement adéquatement. À cet effet, les auteurs de l'étude rapportaient des mesures de consistance interne alpha de 0,75 à 0,91 pour les sous-échelles. Cet instrument n'a pas permis d'identifier un diagnostic de trouble mental chez les participants de l'étude. Par ailleurs, comme il a été souligné dans la recension des écrits, les études soutiennent le fait que le facteur de risque «diagnostic» serait indirect à la violence et que la symptomatologie est un meilleur indicateur de tels comportements (Anderson & al., 2004; Swanson & al., 1996).

4.5.2.2 Mesure de la perception et de la fréquence de l'agressivité

Tel que mentionné précédemment, les comportements agressifs sont définis par une action de force à but dirigé qui peut être verbale ou physique alors que des sentiments de rage, de colère et d'hostilité prédominent la personne qui perpétue ces comportements (Freedman, 2002). Il s'agit également de «toute forme de comportement dont l'intention immédiate est de causer du mal à une autre personne» (Anderson & Bushman, 2002) [Traduction libre] (p.28). Dans cette recherche, les comportements agressifs ont été mesurés à l'aide d'une version simplifiée du questionnaire POAS (De Benedictis et al., 2011). Cet instrument permettait de mesurer d'une part la perception des participants de l'agressivité et d'autre part, la fréquence des comportements agressifs perpétrés. Ainsi, le questionnaire auto-administré pour cette étude aux personnes atteintes de troubles mentaux dont le membre de famille a reçu la nouvelle formation comprenait deux sections distinctes : 1. la perception de l'agressivité; et 2. la fréquence des comportements agressifs. Dans cette deuxième section, les comportements d'agression étaient présentés selon: 1. agressions verbales; 2. agressions non verbales contre les autres; 3. agressions physiques contre soi; et 4. agressions physiques contre les autres.

Pour ce qui est de la perception de l'agressivité des personnes atteintes de troubles mentaux, cette variable a été évaluée à partir du POAS adaptée et traduite en français (De Benedictis et al., 2011; Jasen, Dassen, & Moorer, 1997). Cet instrument a été conçu pour mesurer la perception de l'agressivité par le personnel soignant et a été adapté pour la situation des personnes atteintes de troubles mentaux. Cette échelle comprend 12 items évalués par une échelle de *Likert* en cinq points allant de 1 (fortement en désaccord) à 5 (fortement en accord). L'analyse factorielle a révélé une structure stable à 2 facteurs : 1. l'agressivité est perçue soit dysfonctionnelle, soit indésirable; ou bien 2. l'agressivité est perçue fonctionnelle, compréhensible (De Benedictis et al., 2011). Les alphas de Cronbach pour ces sous-échelles sont respectivement de 0,84 et 0,85 (De Benedictis et al., 2011). L'instrument a été traduit en français à l'aide d'une méthode *double back translation* et a été validé (Larue, Dumais, Ahern, Bernheim, & Mailhot, 2009).

Pour ce qui est de la perception de la fréquence des comportements agressifs, elle a été mesurée à l'aide d'une version modifiée et traduite en français par une méthode *double back translation* de l'outil de mesure «Overt Aggression Scale» (OAS) ayant une échelle de Likert à 5 choix de réponse allant de 1 (fortement en désaccord) à 5 (fortement en accord). Les alphas de Cronbach pour les sous-échelles variaient entre 0,84 et 0,89 (De Benedictis et al., 2011).

4.5.2.3 Mesure du fonctionnement familial

La définition du fonctionnement familial retenue pour la présente étude est : « l'ensemble des comportements des individus d'une famille les uns envers les autres » [Traduction libre] (Wright & Leahey, 2013, p.123). Essentiellement, le fonctionnement de la famille comprend deux dimensions: 1. la dimension instrumentale; et 2. la dimension expressive. La dimension instrumentale du fonctionnement familial englobe les activités quotidiennes. La mesure de la

dimension instrumentale du fonctionnement familial permet d'évaluer la prise en charge par un proche aidant et son sentiment de fardeau relié. Pour ce qui est de la dimension expressive, elle comprend neuf sous-catégories : 1. la communication émotionnelle; 2. la communication verbale, 3. la communication non verbale; 4. la communication circulaire; 5. la résolution de problèmes, 6. les rôles; 7. l'influence et le pouvoir; 8. les croyances; et 9. les alliances et les coalitions (Wright & Leahey, 2013). Ces catégories correspondent aux travaux publiés par Epstein, Baldwin et Bishop (1983) du modèle *McMaster Model of Family Functioning*. Selon ces auteurs, les catégories énoncées ci-haut permettraient de distinguer les familles saines sur le plan affectif de celles qui connaissent des troubles affectifs plus importants. Ainsi, dans cette étude, il est question de l'évaluation du fonctionnement familial expressif, selon la perception des personnes atteintes de troubles mentaux, après que leur membre de famille ait reçu la nouvelle formation de gestion des comportements agressifs.

Pour évaluer la dimension expressive du fonctionnement familial, l'outil de mesure *Family Assessment Device* (FAD) (Epstein, Baldwin, & Bishop, 1983) adapté en français a été utilisé pour cette étude. Cet outil comprend sept sous-échelles et explore en majorité les dimensions mentionnées ci-haut se rapportant au modèle de Wright et Leahey (2013). Cet instrument constitue un questionnaire auto-rapporté et a été validé (Epstein, Baldwin, & Bishop, 1983). Il s'agit d'échelles de Likert pour chacune des dimensions avec quatre choix de réponses allant de «Fortement d'accord» à «Fortement en désaccord». Les alphas de Cronbach pour chacune des échelles variaient de 0,66 à 0,75, témoignant de la fiabilité de l'outil. Pour cette étude, afin d'alléger le questionnaire destiné à des personnes atteintes de troubles mentaux, une version abrégée de l'instrument a été utilisée : le *Family Assessment Device – General Functioning Scale*. La version française a été validée et démontre une bonne consistance interne (Speranza et al., 2012).

4.5.2.4 Mesure de la non-observance au traitement médical

Tel que mentionné précédemment, la non-observance au traitement médical se rapporte à un ensemble de comportements chez les patients allant d'un refus complet à une irrégularité relativement à la médication prescrite, au rendez-vous de suivi, aux programmes d'enseignement ou de thérapie et aux conseils d'hygiène de vie par les professionnels de la santé (Higashi et al., 2013). Tel que mentionné dans la recension des écrits et soutenu par le cadre conceptuel de cette étude (Fresan & al., 2007), la non-observance aux traitements médicaux est un facteur significatif de rechute chez les personnes atteintes de troubles mentaux. Ainsi, pour décrire si les habitudes des personnes atteintes de troubles mentaux reliées à l'observance aux traitements médicaux ont été modifiées depuis que leur membre de famille a reçu la nouvelle formation, une question se rapportant aux changements perçus a été posée : «Depuis que votre proche a reçu la nouvelle formation de gestion des comportements agressifs, votre capacité à respecter votre traitement médical (médication, rendez-vous médicaux, thérapies, etc.) s'est-elle...». Cette question comprendra quatre choix de réponse, soit : 1. améliorée; 2. détériorée; 3. restée la même; et 4. je ne reçois aucun traitement médical.

4.5.3 Analyse des données quantitatives

Il s'agissait d'abord d'analyses descriptives, puis, par la suite d'analyses corrélationnelles bivariées des données quantitatives recueillies par les questionnaires auto-administrés auprès des personnes atteintes de troubles mentaux. Ces analyses ont permis de décrire le climat familial suite à la formation reçue par le membre de famille participant et de vérifier les relations entre la perception de l'agressivité des personnes atteintes de troubles mentaux après que leur proche ait

reçu la nouvelle formation et les autres variables : 1. le fonctionnement familial; et 2. l'observance au plan de traitement médical.

4.6 Volet qualitatif

4.6.1 Outils de collecte des données qualitatives

La collecte des données qualitatives comportait une source principale. L'étudiante chercheuse a procédé à des entrevues individuelles semi-dirigées avec les personnes atteintes de troubles mentaux participantes à l'étude à raison d'une entrevue par participant. Cette méthode d'entretien a permis à l'étudiante chercheuse de s'assurer que les thèmes pertinents ont tous été abordés tout en encourageant les participants à parler librement de leur vécu dans leurs propres mots (Polit & Beck, 2007). Selon Parse (2001), l'entretien se conçoit plutôt comme un dialogue d'engagement où la présence authentique de l'infirmière permet à la personne de décrire son expérience.

Cette méthode de collecte des données a été choisie d'une part en raison de la rareté des écrits scientifiques sur les perceptions des personnes atteintes de maladies mentales en lien avec l'élaboration de programmes de formation pour leurs membres de familles. Aussi, le choix de ce type de collecte de données était dans le but de donner la parole aux personnes atteintes sur l'élaboration de nouveaux programmes de formation. Finalement, cette méthode a été retenue, car elle permet d'ajouter au volet quantitatif principal de cette étude une richesse explicative quant aux changements survenus au sein de l'unité familiale.

Le guide d'entretien utilisé visait l'exploration des perceptions des personnes atteintes de troubles mentaux dont leurs membres de familles a reçu la nouvelle formation de gestion de comportements agressifs spécifiquement en lien avec les changements observés. Selon Polit et Beck (2007), ce type d'entrevue permet aux chercheurs d'obtenir des informations riches et

détaillées. Cet instrument a été développé pour la présente étude à partir des thématiques qui ont émergé de la recension des écrits et du cadre conceptuel du projet. Les entrevues semi-structurées étaient orientées par deux grandes questions générales portant sur : 1. les changements observés depuis que le membre de famille a reçu la nouvelle formation de gestion des comportements agressifs; et 2. les effets de la nouvelle formation de gestion des comportements agressifs par et pour les membres de famille selon la perception des personnes atteintes de troubles mentaux. Le guide d'entretien est présenté à l'Appendice C.

Les entrevues étaient d'une durée d'environ 60 minutes, ont été enregistrées sur un support audio puis transcrites intégralement. Les entrevues ont débutées par des questions ouvertes plus générales pour ensuite devenir plus spécifiques pour préciser certains aspects. Tout au long des entrevues, l'étudiante chercheuse a fait preuve d'écoute active et d'empathie, afin de soutenir le participant dans l'exploration de ses perceptions. Au moment de conclure l'entrevue, l'étudiante chercheuse s'assurait de la compréhension du participant, validait s'il avait des questions ou s'il y avait d'autres thèmes qu'il désirait aborder.

4.6.2 Analyse des données qualitatives

L'analyse des données qualitatives recueillies a été réalisée selon l'approche proposée par Miles et Huberman (1991). Selon ces auteurs, l'analyse des données se compose de trois niveaux d'activités: 1. la condensation des données; 2. la présentation des données; et 3. l'élaboration/vérification des conclusions. Toutes les entrevues ont été transcrites puis analysées à l'aide du logiciel QDA Miner (version 4,0).

Étape 1. La condensation des données

Cette première étape de l'analyse des données s'est effectuée à partir des données brutes qui ont été obtenues par la transcription intégrale des entrevues enregistrées. L'étudiante chercheuse a ainsi identifié, à l'aide du logiciel QDA Miner, des segments auxquels un code a été attribué. Selon Miles et Huberman (2003), «un code est une étiquette qui désigne une unité de signification pour l'information descriptive ou inférentielle compilée au cours d'une étude» (p. 112). Cette codification a permis de synthétiser les propos des participants de l'étude pour ensuite en faire ressortir les idées essentielles. Le livre de codes a été développé en suivant une logique précise, soit les concepts centraux du modèle de Fresan et al. (2007), cadre conceptuel utilisé dans la présente étude.

Ainsi, le contenu des entretiens a été scindé en unités de sens et organisé sous un système de catégorisation. Le développement des catégories était appuyé par la consultation des écrits scientifiques et d'ouvrages lexicaux. Tout au long des analyses, un guide incluant les catégories, des définitions et des citations des participants a été élaboré.

Étape 2. La présentation des données

Cette étape de l'analyse des données permet, suite à la réduction des données, de construire un schéma préliminaire pouvant être modifié en cours de route permettant l'organisation des concepts. Cette étape revêt donc d'une importance particulière, puisqu'elle permet de visualiser, en un clin d'œil les données ordonnées et amasser, tel que suggéré par Miles et Huberman (2003). Cette organisation des données est une méthode systématique traduisant de la progression de l'analyse et a permis à l'étudiante chercheuse de tirer des conclusions. Pour ce faire, l'étudiante chercheuse a choisi l'utilisation d'un schéma, illustré à la figure 3 ici-bas, ayant permis de mener ultérieurement une analyse détaillée.

Ainsi, la figure 3 est issue de l'une des étapes de l'analyse qualitative des données recueillies. Ce schéma expose tous les éléments ayant apparus comme étant pertinents par les personnes atteintes de troubles mentaux rencontrées pour cette étude. Par la suite, les éléments compris dans ce schéma ont permis à l'étudiante chercheuse de faire des choix sur les concepts et éléments permettant de répondre aux questions de recherche. Il apparaît pertinent de présenter ce schéma dans cette section du mémoire avant de s'attarder plus en détails aux perceptions des participants du projet. Les éléments en caractères gras sont les thèmes principaux, alors que les concepts en caractères normaux sont les sous-thèmes ayant émergés de l'analyse.

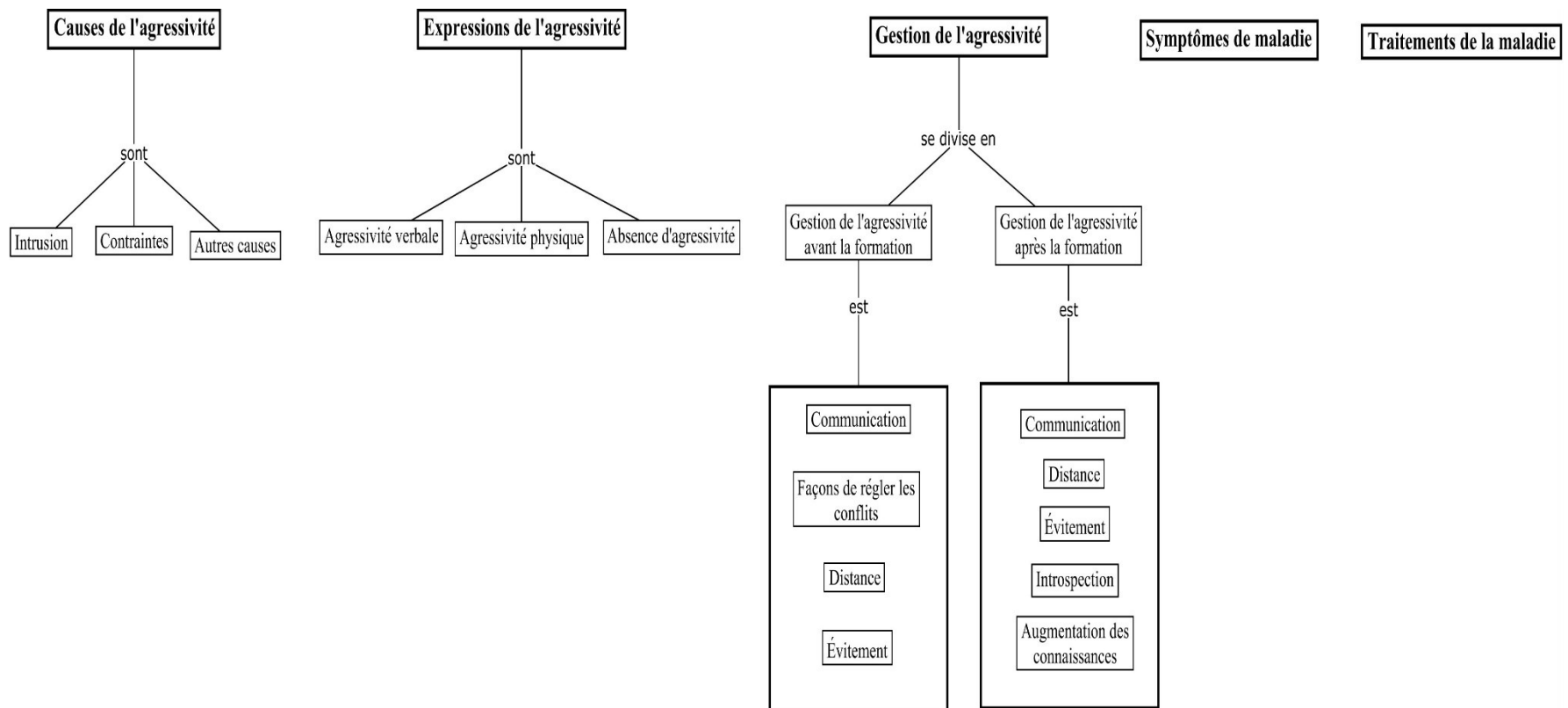


Fig. 3 Schéma réalisé durant l'analyse des données qualitatives

Étape 3. L'élaboration/ vérification des conclusions

Une stratégie de fidélité interjuge a été privilégiée, afin d'augmenter la validité de l'analyse. Le directeur de recherche ainsi que la co-directrice de recherche ont recodé un échantillon des entretiens préalablement codé par le codeur initial, soit l'étudiante chercheuse. Une fidélité interjuge de 80% a été obtenue, ce qui constitue un bon niveau d'accord, selon les critères de Miles et Huberman (1991).

4.6.3 Critères de qualité

Certaines mesures se sont imposées pour assurer la véracité, la pertinence et l'authenticité des résultats qualitatifs de cette étude. Ainsi, pour évaluer les données qualitatives, quatre critères proposés par Lincoln et Guba (1985) ont été pris en considération pour l'interprétation et les conclusions découlant des résultats de la recherche qui sont : 1. la crédibilité; 2. la fiabilité; et 3. la transférabilité.

Crédibilité

La crédibilité repose essentiellement dans la «pertinence et la justesse des résultats ainsi que du lien entre les observations empiriques et leur interprétation» (Laperrière, 1997). Selon Polit et Beck (2007), la crédibilité se réfère à la confiance que l'on peut avoir dans la véracité des données. Plusieurs mécanismes ont permis d'assurer la crédibilité, tels que:

1. L'utilisation de plusieurs méthodes pour étudier le phénomène à l'étude (triangulation des méthodes), soit des méthodes quantitative et qualitative, ce qui permettra une représentation authentique de la réalité.

2. La vérification des résumés et des transcriptions des données colligées pour assurer la justesse des informations soumises à l'analyse.
3. Des échanges constants entre l'étudiante chercheuse, le directeur de recherche et la co-directrice de recherche durant le processus de collecte des données et de son analyse, afin d'assurer une rigueur scientifique.
4. La collaboration entre l'étudiante chercheuse, le directeur de recherche et la co-directrice de recherche pour effectuer l'analyse des données.
5. Un accord inter-juge entre l'étudiante-chercheuse, le directeur de recherche et la co-directrice de recherche à 80%.

Fiabilité

La fiabilité se réfère à la cohérence et à l'uniformité des résultats au fil du temps issus d'un travail rigoureux d'analyse (Lincoln & Guba, 1985; Polit & Beck, 2007). Pour assurer la fiabilité de cette étude, les données qualitatives recueillies ont été vérifiées à plusieurs reprises pour s'assurer qu'il n'y ait pas d'erreur. De plus, un travail étroit de collaboration entre l'étudiante chercheuse, le directeur de recherche ainsi que la co-directrice de recherche dans l'analyse des données permettant une double vérification. Finalement, une vérification des codages par l'étudiante chercheuse dans un intervalle de temps d'une semaine à plus de 80% a permis d'assurer la fidélité interne de l'analyse effectuée.

Transférabilité

Le concept de transférabilité tel que détaillé par Lincoln et Guba (1985) renvoie à la capacité du lecteur à évaluer si les résultats sont applicables à d'autres contextes compte tenu des données descriptives fournies par le chercheur. Il incombe donc au chercheur de fournir une description étoffée à travers une description riche et approfondie du contexte de l'étude (Polit & Beck, 2007). Ainsi, dans cette étude, le questionnaire sociodémographique, les analyses quantitatives descriptives et les entretiens semi-dirigés ont permis de fournir suffisamment d'information sur les caractéristiques des participants de l'étude pour que les lecteurs puissent juger de la similarité contextuelle.

4.7 Considérations éthiques

Plusieurs aspects éthiques ont été pris en considération avant d'entreprendre cette étude. Le projet de recherche a obtenu l'approbation du comité d'éthique de la recherche de l'IUSMM le 12 avril 2013 par l'acceptation d'un addendum à l'étude plus vaste de Bonin et al. dans lequel il s'insère (Appendice E). Le projet de recherche a débuté après avoir obtenu son approbation au comité scientifique de la *Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal*. Cette étude ne présente aucun risque connu pour les participants. Comme toute étude de ce type, le temps à investir pour le projet constituait un inconvénient. De plus, il est possible que certaines des questions lors des entrevues individuelles aient indisposé les patients. Dans un tel cas, comme l'étudiante chercheuse est également infirmière clinicienne en santé mentale, elle a pu intervenir selon la situation et référer le patient vers d'autres instances si le besoin s'en est fait sentir (psychiatre, travailleur social, infirmière en clinique externe, etc.).

Lors de la collecte des données quantitatives, un formulaire d'information et de consentement a été fourni aux membres de familles ayant participé à la nouvelle formation permettant de prendre contact avec leur proche atteint. Ce formulaire peut être consulté à l'Appendice A. Un autre formulaire d'information et de consentement a été remis aux participants de l'étude et présenté à l'Appendice D. Ces formulaires comprenaient également une entente de confidentialité. Les participants recrutés pour cette étude étaient tous majeurs et en mesure de prendre des décisions éclairées.

Lors de la collecte des données qualitatives, les sujets étaient avisés qu'ils étaient libres de participer ou de décliner l'offre et aussi de la possibilité de se retirer du projet à tout moment sans fournir de justification et ce, sans aucun préjudice.

Chapitre 5

Résultats

Dans ce chapitre, les résultats provenant des données quantitatives et qualitatives seront présentés séparément. Les résultats provenant des questionnaires auto-rapportés et des entrevues individuelles permettront d'offrir des pistes de réponses au but poursuivi par cette étude; soit de décrire et analyser les perceptions de l'agressivité, du fonctionnement familial ainsi que de l'observance au traitement médical de personnes atteintes de troubles mentaux suite à une formation de gestion des comportements agressifs adaptée par et pour leurs membres de familles. Dans le chapitre suivant, la discussion, une mise en relation des résultats d'ordre quantitatif et qualitatif sera présentée, afin de permettre une meilleure compréhension des effets de la formation de gestion des comportements agressifs tels que perçu par les personnes atteintes.

5.1 Analyse des résultats de la section quantitative

5.1.1 Description de l'échantillon

Un total de 25 personnes atteintes de troubles mentaux dont le membre de famille avait reçu la formation de gestion des comportements agressifs ont répondu au questionnaire. Cet échantillon se composait à 36% de femmes (n=9) et 64% d'hommes (n=16). L'âge des participants variait entre 20 ans et 63 ans, avec une moyenne de 32,71 ans et un écart-type de 11,94. Au niveau socio-

économique, 28% se considéraient pauvre (n=7), 20% se considéraient très pauvre (n=5), alors que 40% considéraient avoir des revenus suffisants pour répondre à leurs besoins fondamentaux ou à ceux de leur famille (n=10). La majorité des participants, soit 72% (n=18), ont affirmé être célibataire et la scolarité complétée la plus élevée était de niveau secondaire pour 40% d'entre eux (n=10). Aussi, 40% des répondants (n=10) ont affirmé habiter avec le membre de la famille ayant reçu la formation de gestion des comportements agressifs. Finalement, tous les participants avaient comme première langue le français (n=25). Le tableau suivant résume les facteurs sociodémographiques :

Tableau 1

Distribution de fréquences des caractéristiques sociodémographiques des participants aux questionnaires (n=25)

	Caractéristiques sociodémographiques	
	n	%
État civil		
Marié	1	4
Veuf	1	4
Séparé	1	4
Conjoint de fait	4	16
Célibataire	18	72
Sexe		
Homme	16	64
Femme	9	36
Revenu personnel		
Aucun revenu personnel	2	8
1 - 999	1	4
1000 - 5999	4	16
6000 - 11999	8	32
12000 - 19999	5	20
20 000 - 29 999	1	4
30 000 - 39 999	1	4
50 000 et plus	3	12
Conditions financières		
Se considère à l'aise financièrement	3	12
Considère avoir des revenus suffisants pour répondre aux besoins	10	40
Se considère pauvre	7	28
Se considère très pauvre	5	20
Situation d'habitation		
Appartement	15	60
Appartement supervisé	2	8
Maison	7	28
Résidence	1	4

5.1.2 Description des résultats obtenus par le Basis-24

Tel que mentionné dans le chapitre précédent, soit la méthode reliée à ce projet de recherche, le score obtenu au *Basis-24* dans les questionnaires auto-rapportés a permis de tracer un portrait sur la condition mentale des participants. Le Tableau 2 présente les résultats en regard de la distribution des sujets en fonction du score obtenu au *Basis-24*. Sur l'échantillon des 25 personnes atteintes de troubles mentaux dont le membre de famille a reçu la formation de gestion des comportements agressifs, il apparaît que les répondants présentent des symptômes modérés relativement aux différentes échelles, le score global se situant à 1,40 sur 4,00. Les scores des sous-échelles les plus élevés concernent les relations avec les autres (Moyenne = 2,87), le niveau de fonctionnement (Moyenne = 1,40) et la labilité émotionnelle (Moyenne = 1,40). À l'opposé, peu de personnes présentent des symptômes psychotiques (Moyenne = 0,51), des comportements d'automutilation (Moyenne = 0,56) et un abus de substances (Moyenne = 0,68).

Tableau 2

Répartition des participants selon le score obtenu au *Basis-24*

	n	Minimum	Maximum	Étendue théorique	Moyenne	Écart-type
Score global	25	.76	2.48	0 - 4	1.40	.46
Dépression / Niveau de fonctionnement	25	.35	2.74		1.40	.68
Relations avec les autres	25	.39	4.00		2.87	.77
Comportements d'automutilation	25	.00	4.00		.56	.99
Labilité émotionnelle	25	.00	2.89		1.39	.86
Symptômes psychotiques	25	.00	2.30		.51	.50
Abus de substances	25	.00	2.84		.68	.82

5.1.3 Description des résultats obtenus par le POAS

La perception de l'agressivité par les personnes atteintes de troubles mentaux dont le membre de famille a suivi la formation ayant rempli le questionnaire auto-administré (n=25) est obtenu par le score au POAS et est décrite dans le Tableau 3. Tout d'abord, il apparaît que les répondants présentent davantage une perception négative de l'agressivité (Moyenne pour les perceptions négatives = 3,65; Moyenne pour les perceptions positives = 2,28). Dans l'ensemble, les participants rapportent des comportements agressifs faibles relativement aux différentes sous-échelles, soit l'agressivité non-verbale contre les autres (Moyenne = 1,40), l'agressivité physique contre soi (Moyenne = 1,28), l'agressivité physique contre les autres (Moyenne = 1,14) et les agressions verbales (Moyenne = 1,47). Il est donc à retenir que le score des sous-échelles le plus élevé concerne les agressions verbales et qu'à l'opposé, le score des sous-échelles le plus faible représente l'agressivité physique contre les autres.

Tableau 3

Répartition des participants selon le score obtenu au POAS

	n	Minimum	Maximum	Étendue théorique	Moyenne	Écart-type
Les perceptions négatives de l'agressivité	24	2.67	4.67	1 - 5	3.65	.67
Les perceptions positives de l'agressivité	24	1.00	4.83		2.28	.84
L'agressivité non-verbale contre les autres	24	1.00	2.25		1.40	.47
L'agressivité physique contre soi	24	1.00	3.00		1.28	.47954
L'agressivité physique contre les autres	24	1.00	3.25		1.14	.49
Les agressions verbales	24	1.00	3.75		1.47	.64

5.1.4 Description des résultats obtenus par le FAD

Tel que décrit dans la méthode, les résultats obtenus au FAD permettent de décrire les perceptions des répondants relativement au fonctionnement familial et sont présentés dans le Tableau 4. Suite aux analyses, cette échelle, qui comprend 12 questions, donne un score global pour chacun des participants. La moyenne calculée des scores obtenus au FAD est de 3,06 sur 4, ce qui représente un niveau de fonctionnement familial élevé.

Tableau 4

Répartition des participants selon le score obtenu au FAD

	n	Minimum	Maximum	Étendue théorique	Moyenne	Écart-type
Moyenne du fonctionnement familial	24	1.25	4.00	1 - 4	3.06	.64

5.1.5 Description de la perception des participants relativement aux changements observés depuis que leur membre de famille ait reçu la formation de gestion des comportements agressifs

Il ressort de l'analyse que 52% des participants (n=13) ont affirmé que depuis que leur membre de famille avait suivi la formation, l'agressivité avait diminuée; alors que 48% (n=12) jugeaient que la situation est restée la même. De plus, 56% (n=14) des participants avaient la perception que la relation avec leur membre de famille s'est améliorée, alors que 44% (n=11) pensaient qu'elle est restée la même. Finalement, seulement 24% (n=6) des participants pensaient que leur observance aux traitements s'est améliorée, alors que 60% (n=15) considéraient que leur capacité à respecter le traitement est restée la même. Le reste des participants, soit 16% de l'échantillon (n=4) ne recevaient aucun traitement médical.

5.1.6 Relations entre les variables

Pour mesurer les relations entre les variables principales de cette étude, soit la condition mentale, la perception de l'agressivité et le fonctionnement familial des répondants, des tests de corrélation avec un coefficient de *Pearson* ont été effectués. Les corrélations sont considérées

significatives aux niveaux 0,05 et 0,01. Les Tableaux 5, 6 et 7 sont présentés ici-bas, afin de faire état des relations entre les variables.

Premièrement, des analyses corrélatives ont été réalisées entre les différents symptômes présentés dans les sous-échelles du *Basis-24* concernant la condition mentale des participants (n=25). De ces analyses, il ressort d'abord des associations significatives modérées entre les symptômes dépressifs/niveau de fonctionnement et toutes les autres sous-échelles du *Basis-24*. Plus particulièrement, on observe une corrélation modérée entre les symptômes dépressifs/niveau de fonctionnement et les comportements d'automutilation ($r = 0,56, p \leq 0,01$), de même qu'avec la labilité émotionnelle ($r = 0,55, p \leq 0,01$). Le tableau 5 montre aussi une association modérée et significative entre les variables relations avec les autres et labilité émotionnelle ($r = -0,55, p \leq 0,01$). La labilité émotionnelle apparaît également comme un symptôme ayant une relation significative positive avec les comportements d'automutilation ($r = 0,53, p \leq 0,01$). En définitive, il apparaît une association modérée et significative entre les symptômes psychotiques et les troubles d'abus de substances ($r = 0,47, p \leq 0,05$).

Tableau 5

Analyse de corrélation entre les variables obtenues au *Basis-24*

		Score global	Dépression / Niveau de fonctionnement	Relations avec les autres	Comportements d'automutilation	Labilité émotionnelle	Symptômes psychotiques	Abus de substances
Score global	r	1	.93**	-.23	.75**	.68**	.41*	.46*
	p		.00	.26	.00	.00	.05	.02
	n	25	25	25	25	25	25	25
Dépression / Niveau de fonctionnement	r		1	-.40*	.56**	.55**	.41*	.42*
	p			.05	.00	.00	.04	.04
	n		25	25	25	25	25	25
Relations avec les autres	r			1	-.06	-.55**	-.21	.01
	p				.77	.005	.31	.98
	n			25	25	25	25	25
Comportements d'automutilation	r				1	.53**	.13	.06
	p					.007	.55	.79
	n				25	25	25	25
Labilité émotionnelle	r					1	.19	.08
	p						.36	.70
	n					25	25	25
Symptômes psychotiques	r						1	.47*
	p							.02
	n						25	25
Abus de substances	r							1
	p							
	n							25

Note.**= $p \leq .001$ Note.*= $p \leq .05$

Deuxièmement, des analyses de corrélation ont été effectuées entre les scores obtenus par les sous-échelles du POAS représentées par le Tableau 6. Tout d’abord, on observe une corrélation modérée significative entre les variables de l’agressivité non-verbale contre les autres et les agressions verbales ($r = 0,43$, $p \leq .05$). Il apparaît également une association significative modérée entre l’agressivité physique contre soi et les agressions verbales ($r = 0,62$, $p \leq .01$).

Tableau 6

Analyse de corrélation entre les variables obtenues au POAS

		AGG_NEG	AGG_POS	AGG_NVA	AGG_P CS	PHY_PCA	AGG_VER
AGG_NEG	r	1	-.453*	-.377	-.179	-.032	-.090
	p		.026	.069	.401	.880	.676
	n	24	24	24	24	24	24
AGG_POS	r		1	.461*	.062	.125	.004
	p			.023	.773	.561	.986
	n		24	24	24	24	24
AGG_NVA	r			1	.149	.312	.43*
	p				.487	.138	.04
	n			24	24	24	24
AGG_PCS	r				1	.142	.62**
	p					.509	.001
	n				24	24	24
PHY_PCA	r					1	.083
	p						.701
	n					24	24
AGG_VER	r						1
	p						
	n						24

Note. *= $p \leq .05$

Note. **= $p \leq .001$

Troisièmement, des analyses de corrélation ont été effectuées entre les trois variables principales de cette étude soit la condition mentale des participants (*Basis-24*), la perception de l’agressivité (POAS) et le fonctionnement familial (FAD). Le Tableau 7 montre une corrélation

significative modérée entre le score global au *Basis-24* et le score au FAD ($r = -0,54, p \leq 0,01$). Entre les scores obtenus au *Basis-24* et par le FAD, on observe une corrélation négative significative entre les symptômes dépressifs/niveau de fonctionnement et le score au FAD ($r = -0,42, p \leq 0,05$). De plus, le Tableau 7 montre une corrélation modérée significative entre les comportements d'automutilation au *Basis-24* et le score au FAD ($r = -0,56, p \leq 0,01$).

Les analyses révèlent des corrélations significatives modérées entre l'abus de substances obtenus par le *Basis-24* et deux types de comportements agressifs provenant du POAS, soit l'agressivité non-verbale contre les autres ($r = 0,66, p \leq 0,01$) et l'agressivité physique contre les autres ($r = 0,43, p \leq 0,05$). Également, on remarque une association positive significative entre le score global au *Basis-24* et l'agressivité non-verbale contre les autres ($r = 0,51, p \leq 0,01$).

Finalement, il ressort qu'il n'y a aucune relation statistiquement significative entre le fonctionnement familial et les différents types de comportements agressifs.

Tableau 7

Analyse de corrélation entre les variables obtenues par le *Basis-24*, le POAS et le FAD

		FAD	AGG_NEG	AGG_POS	AGG_NVA	AGG_P CS	PHY_PCA	AGG_VER
Score global au <i>Basis-24</i>	r	-.54**	-.15	.25	.51*	.20	.3	.15
	p	.007	.47	.24	.01	.34	.17	.49
	n	24	24	24	24	24	24	24
Dépression / Niveau de fonctionnement	r	-.42*	-.04	.18	.39	.27	.32	.19
	p	.04	.85	.40	.06	.2	.12	.38
	n	24	24	24	24	24	24	24
Relations avec les autres	r	.10	.13	-.10	-.19	-.08	.19	-.14
	p	.63	.55	.64	.39	.71	.37	.52
	n	24	24	24	24	24	24	24
Comportements d'automutilation	r	-.56**	-.16	.11	.38	-.07	.07	-.04
	p	.004	.46	.61	.07	.76	.76	.85
	n	24	24	24	24	24	24	24
Labilité émotionnelle	r	-.37	-.22	.22	.28	.19	-.15	.14
	p	.08	.31	.3	.19	.38	.5	.51
	n	24	24	24	24	24	24	24
Symptômes psychotiques	r	-.32	.03	.36	.35	-.01	-.03	.05
	p	.13	.9	.09	.09	.96	.88	.83
	n	24	24	24	24	24	24	24
Abus de substances	r	-.34	-.17	.12	.66**	.15	.43*	.39
	p	.1	.44	.59	.00	.5	.03	.06
	n	24	24	24	24	24	24	24
FAD	r	1	.21	.01	-.26	-.26	.17	-.19
	p		.32	.96	.22	.22	.44	.37
	n	24	24	24	24	24	24	24

Note. *= $p \leq .05$ Note. **= $p \leq .001$

En somme, il ressort des analyses quantitatives que les symptômes dépressifs/niveau de fonctionnement sont reliés à plus de comportement d'automutilation, de problèmes relationnels et de labilité émotionnelle. On observe également que l'agressivité verbale est le comportement agressif le plus présent au sein des familles selon les participants. Les analyses révèlent également que plus les participants manifestent des symptômes de maladie, moins le fonctionnement familial est élevé et inversement, plus les participants manifestent des symptômes de maladie, moins d'agressivité verbale est présente. La section subséquente traitera des résultats qualitatifs de cette étude.

5.2 Analyse des résultats de la section qualitative

5.2.1 Description des participants

Les huit personnes interrogées ont été recrutées parmi les proches atteints de troubles mentaux dont le membre de famille avait reçu la formation de gestion des comportements agressifs entre l'automne 2012 et l'automne 2013. Ces dernières avaient préalablement répondu au questionnaire de données quantitatives et accepté de laisser leurs coordonnées pour que l'étudiante chercheuse communique avec eux. Tous les participants sont d'origine canadienne et la moyenne d'âge est de 31,25 ans. De plus, tous les participants vivaient, au moment de l'entrevue, dans la communauté; leur condition mentale était donc stable. Finalement, la majorité des membres de famille des personnes atteintes rencontrées ayant participé à la formation était des femmes (n=7, soit 86% de l'échantillon). Le Tableau 8 présente un résumé des caractéristiques sociodémographiques des participants. Par la suite, un portrait de chacun des participants aux entrevues sera présenté¹⁴.

¹⁴ Des noms fictifs seront utilisés pour présenter les participants aux entrevues, afin de conserver la confidentialité.

Tableau 8

Caractéristiques sociodémographiques des participants aux entrevues

Participant	Sexe	Âge	Diagnostic	Niveau de scolarité	État civil	Revenu personnel	Type de logement	Habite avec le membre de famille	Langue parlée	Lien avec le membre de famille
Monsieur Loiseau	M	21	TPL	Secondaire	Célibataire	12 000 - 19 999	Appartement	NON	Français	Mère
Madame Colombe	F	39	MAB	Universitaire	Célibataire	6 000 - 11 999	Appartement	NON	Français	Mère
Madame Cygne	F	31	Schizophrénie	Collégial ou technique	Célibataire	6 000 - 11 999	Appartement supervisé	NON	Français	Mère
Monsieur Héron	M	46	Dépression - TPL	Universitaire	Marié	50 000 et +	Maison	OUI	Français	Conjointe
Madame Colibri	F	46	Dépression - TPL	Collégial ou technique	Célibataire	30 000 - 39 999	Appartement	NON	Français	Mère
Madame Mésange	F	20	TPL	Secondaire	Célibataire	6 000 - 11 999	Maison	OUI	Français	Mère
Monsieur Rossignol	M	23	TPL - polytoxicomanie - suicidaire	Secondaire	Célibataire	50 000 et +	Maison	OUI	Français	Mère
Monsieur Pigeon	M	24	Schizophrénie	Secondaire	Célibataire	12 000 - 19 999	Appartement supervisé	NON	Français	Père et mère

Monsieur Loiseau

Monsieur Loiseau, 21 ans, atteint d'un trouble de personnalité, est célibataire et sans emploi actuellement. Il habite seul en appartement depuis quelques mois. Auparavant, il habitait avec ses parents et son frère, mais selon lui, la situation familiale était très tendue : «on s'entendait sur pratiquement rien», «en fait tout était difficile. Communiquer, à se voir, à régler des problèmes. Vraiment toute. On avait de la difficulté à se sentir dans le fond». Selon lui, l'agressivité s'exprimait, au sein de sa famille, essentiellement par de l'agressivité verbale. Actuellement, Monsieur Loiseau suit une thérapie en externe dans un centre hospitalier de sa région où il rencontre un psychiatre et un psychologue. Il prend plusieurs médicaments régulièrement depuis environ deux ans, ce qui, selon lui, lui permet de stabiliser ses «sautes d'humeur». Depuis que sa mère a suivi la formation de gestion des comportements agressifs, Monsieur Loiseau remarque que l'agressivité verbale a diminuée. Il explique cela par le fait qu'il a moins de contacts face-à-face avec les membres de sa famille et parce que le peu de fois où ils se rencontrent, ils évitent de parler des sujets qui peuvent occasionner des tensions : «Bien on va parler de tout et de rien, fac ça sera pas tendu, y'aura pas de tensions, parce qu'on ne va pas parler de ce qui nous achale»; «On ne parlera pas de la famille, d'argent, de comment qu'on va, pis plein d'affaires de même. On va vraiment éliminer les sujets qui pourraient faire de la friction». Monsieur Loiseau n'a pas l'impression que les relations dans sa famille se sont nettement améliorées, mais il se dit satisfait ainsi. Effectivement, Monsieur Loiseau se considère comme une personne renfermée et il pourrait se sentir envahi si sa mère essayait de se rapprocher davantage.

Madame Coulombe

Madame Coulombe, 39 ans, célibataire, a complété des études de premier cycle universitaire en biologie et travaille actuellement comme technicienne en pharmacie. Elle habite seule dans un appartement depuis plusieurs années. Elle a reçu un diagnostic de maladie affective bipolaire il y a quelques années et a dû être hospitalisée à plusieurs reprises en raison de symptômes de manie. Madame Coulombe est suivie en clinique externe dans un centre hospitalier où elle rencontre régulièrement un psychiatre et une infirmière. Selon Madame Coulombe, sa situation s'est stabilisée depuis qu'elle prend régulièrement sa médication, soit depuis environ deux ans. C'est la mère de Madame Coulombe qui a suivi la formation de gestion des comportements agressifs. Selon elle, depuis cette formation, leur relation s'est grandement améliorée. Auparavant, Madame Coulombe affirme avoir déjà été agressive physiquement envers sa mère lorsqu'elle était dans un état maniaque et qu'il y avait beaucoup d'agressivité verbale. Elle a l'impression que la communication est la chose qui a le plus changé depuis que son membre de famille a suivi la formation. Elle a l'impression que sa mère est plus ouverte, plus réceptive et qu'elle lui laisse davantage prendre des décisions par elle-même. Elle pense que sa mère est beaucoup moins intrusive; elle sent que sa mère lui pose moins de questions et tente de comprendre comment elle se sent. Madame Coulombe parle fièrement de sa relation avec sa mère et se dit très heureuse de cette harmonie familiale. Elle verbalise également le fait qu'elle reconnaît les efforts soutenus de sa mère et son amour pour elle par le fait que cette dernière se renseigne souvent sur la maladie mentale par des formations et son engagement dans diverses associations.

Madame Cygne

Madame Cygne, 31 ans, est atteinte de schizophrénie et a récemment déménagée dans une résidence supervisée de sa ville natale après avoir passée plusieurs années dans une grande ville urbaine du Québec. Elle est actuellement sans emploi. Madame Cygne a un fils d'âge préscolaire dont ses parents ont la garde. Elle a très peu de contacts avec le père de son enfant, de qui elle s'est séparée il y a plusieurs années. Madame Cygne est suivi par un psychiatre du centre hospitalier de son quartier. Elle affirme que dans le passé, elle entendait des voix, et que depuis qu'elle prend régulièrement un antipsychotique et qu'elle a arrêté de consommer de la drogue, soit depuis plus de cinq ans, elle ne présente plus de symptômes délirants. Elle demeure toutefois ambivalente face au diagnostic de maladie mentale qu'elle a reçu. C'est la mère de Madame Cygne qui a reçu la formation de gestion des comportements agressifs, avec qui elle a des contacts hebdomadaires, entre autre pour rendre visite à son fils. Au sein de sa famille, Madame Cygne affirme que l'agressivité se manifeste surtout verbalement sous forme d'escalade avec son père. Elle pense que les tensions sont souvent occasionnées par le fait que ses parents veulent décider pour elle ou qu'ils la contraignent à certaines décisions comme le refus de lui donner de l'argent ou de voir son fils. Elle affirme avoir déjà été agressive physiquement avec sa mère il y a plusieurs années, parce que, selon elle, elle voulait la faire réagir et lui faire comprendre qu'elle n'allait pas bien. Depuis que sa mère a suivi la formation, elle pense que la communication s'est améliorée au sein de sa famille :

1. elle sent que sa mère lui laisse davantage «de chance et essaie plus de la comprendre lorsqu'elle vit des difficultés; et
2. elles évitent de parler de certains «sujets chauds» qui pourraient amener à des tensions.

Monsieur Héron

Monsieur Héron, 46 ans, a fait une dépression il y a six ans et c'est à ce moment où il a également été diagnostiqué d'un trouble de personnalité limite. Monsieur Héron est marié depuis de longues années et a une fille âgée de sept ans avec qui il habite dans une maison. Monsieur Héron a une formation universitaire comme enseignant au secondaire et a recommencé à travailler il y a quelques mois suite à un arrêt de travail prolongé. Il affirme avoir toujours bien pris sa médication qui, selon lui, l'aide à gérer ses émotions et ses sautes d'humeur. Dans le passé, Monsieur Héron a déjà présenté des idées suicidaires. Suite à une hospitalisation, Monsieur Héron a suivi une thérapie de groupe dans un centre hospitalier pour les personnes atteintes d'un trouble de la personnalité avec un psychiatre et un psychologue. Il pense que cela l'a beaucoup aidé, car cette démarche lui a permis de comprendre certains de ses comportements et de ses symptômes. C'est sa conjointe qui a suivi la formation de gestion des comportements agressifs. Selon Monsieur Héron, l'agressivité se manifestait surtout, au sein de sa famille, de manière verbale. Il affirme toutefois avoir déjà été agressif par l'entremise d'objets (claquer les portes par exemple), mais ne s'est jamais automutilé. Depuis que sa conjointe a suivi la formation, Monsieur Héron remarque que la communication au sein de son couple s'est grandement améliorée. Auparavant, lorsque lui et sa conjointe vivaient des conflits, ils ne les réglaient pas et évitaient de parler de certains sujets. Maintenant, il affirme qu'il n'y a pratiquement plus de conflits et que s'est installée une harmonie dans leur relation de couple. Il remarque que sa conjointe met davantage ses limites lorsque les situations peuvent devenir plus tendues. Elle met fin à la discussion lorsque celle-ci devient houleuse, pour ensuite revenir discuter lorsque les deux parties sont plus calmes : «ok c'est fini, regarde non non, parle-moi plus, on se parlera plus tard». Il pense aussi que sa conjointe: «est plus en contrôle» et plus patiente envers lui.

Madame Colibri

Madame Colibri, 46 ans, habite dans un appartement seule. Madame Colibri était en arrêt de travail depuis 2012, lorsqu'elle a fait une dépression majeure et qu'elle a reçu un diagnostic de trouble de personnalité limite. Depuis, elle est suivie à chaque trois semaines par un psychiatre et une infirmière d'un centre hospitalier et prend régulièrement une médication. Elle a été hospitalisée dans un contexte où elle avait présenté des comportements d'automutilation et des idées suicidaires. Actuellement, elle a repris progressivement son travail en tant qu'éducatrice dans une garderie, soit trois jours par semaines. Madame Colibri pense que sa situation personnelle s'est améliorée, mais avoue présenter encore des idées suicidaires par moment. C'est la mère de Mme Colibri qui a suivi la formation de gestion des comportements agressifs. Lorsqu'elle a appris cela, Mme Colibri était très étonnée, car elle pensait plutôt que c'est sa mère qui était agressive envers elle. Elle pense que sa relation avec sa mère a toujours été conflictuelle et ce, depuis son enfance. L'agressivité au sein de cette relation, se manifeste, selon Mme Colibri, de façon verbale. Elle se sent souvent jugée par sa mère, qui, selon elle, ne comprend pas ce qu'elle vit en lien avec la maladie mentale. Mme Colibri affirme donc que, avec le temps, elle a appris à ne pas se confier à sa mère pour éviter des discussions tendues : «Mais encore aujourd'hui je ne lui dis pas tout parce que, surtout vis-à-vis les émotions, elle capote. J'aime mieux pas lui dire tout, par peur qu'elle fasse une crise ou qu'elle juge». Au fil des années, Mme Colibri s'est donc créé un réseau d'amis et de personnes ressources à qui elle pouvait se confier au besoin : «Fac c'est pas la première personne que je vais appeler pour dire que ça va mal, c'est la dernière». Selon Mme Colibri, les tensions verbales sont souvent causées par le fait que sa mère est contrôlante, ce qui l'amène à se refermer. Depuis que sa mère a suivi la formation, Mme Colibri remarque que sa mère est plus à l'écoute, parle davantage au «je» et démontre plus d'ouverture. Par ailleurs, elle pense que la communication demeure fragile. Mme

Colibri mentionne qu'une distance physique et émotionnelle s'est installée entre elle et sa mère au fil des années et qu'elle préfère cela ainsi.

Madame Mésange

Madame Mésange, âgée de 20 ans, célibataire, habite dans une maison avec sa mère. Elle est actuellement sans emploi et compte reprendre bientôt des études au niveau collégial. Elle a reçu un diagnostic de trouble de personnalité limite il y a quelques années suite à deux tentatives de suicide. Depuis lors, elle voit un psychiatre plusieurs fois par années et prend, une médication régulièrement pour l'aider à gérer les fluctuations de ses émotions. Ses parents se sont séparés depuis quelques années et cette situation l'a beaucoup affectée. C'est sa mère qui a suivi la formation de gestion des comportements agressifs. Madame Mésange affirme que l'agressivité qu'elle pouvait manifester était sous forme de crises qui étaient causées, selon elle, par le fait qu'elle se sentait rejeté par son père. Durant ces moments, elle pouvait crier, avoir des comportements d'automutilation et être agressive envers les objets qui l'entourent. Selon Madame Mésange, elle a toujours eu une bonne relation avec sa mère. Elle affirme que sa mère n'était pas responsable des tensions familiales, mais seulement témoin, comme elles habitent ensemble. Depuis que sa mère a suivi la formation, elle a l'impression que sa mère est beaucoup plus en contrôle et sait comment réagir lors des situations tendues. Elle remarque que sa mère est moins intrusive : «tsé quand ça va pas ça te tente pas de te faire harceler là, ça va tu, qu'est-ce que t'as? ...ça empirait les choses...». Elle a l'impression que sa mère a davantage confiance et met ses limites, ce qui évite d'empirer la situation lorsqu'il y a une crise. Madame Mésange remarque aussi que, depuis que sa mère a suivi la formation, elle peut arriver à désamorcer une crise parce qu'elle fait preuve d'écoute et d'ouverture. Par ailleurs, Madame Mésange ressent que sa mère est peut-être trop impliquée : «ben des fois elle est comme trop trop là, tsé comme, euhhm à pense que, je

sais qu'elle fait ça pour moi, cette affaire-là de formation, mais des fois elle pense qu'elle va me sauver en faisant ça, tsé c'est pour les proches des gens comme moi, elle va pas me guérir en faisant ça, mais elle pense qu'elle va me guérir tsé, spa mauvais, c'est juste que des fois c'est too much un peu là...».

Monsieur Rossignol

Monsieur Rossignol, 23 ans, habite dans une maison avec ses parents et son frère. Il travaille à temps plein pour une compagnie de construction. Son père est atteint de schizophrénie et son frère, qui est polytoxicomane, a fait plusieurs tentatives de suicide dans le passé. De son côté, Monsieur Rossignol a déjà été suivi par un psychologue étant plus jeune pour apprendre à gérer son agressivité et ses émotions et croit qu'il aurait déjà eu un diagnostic de trouble de la personnalité limite. C'est sa mère qui a suivi la formation. Selon Monsieur Rossignol, l'agressivité se manifeste autant verbalement que physiquement au sein de la famille. Selon lui, l'agressivité est causée par son frère qui est revenu au domicile familial après avoir passé plusieurs années en prison. Son frère est actuellement sans emploi et mentionne qu'il y a beaucoup de tensions dans la famille lorsque certains sujets en lien avec les choix de vie de son frère font surface: emploi, consommation de substances, revenu financier, etc. À ce sujet, il affirme qu'il doit souvent intervenir physiquement auprès de son frère pour cesser les conflits. Il pense que sa mère n'adopte pas la bonne attitude avec son frère pour gérer les conflits. Il croit qu'elle devrait davantage mettre ses limites et qu'elle ne devrait pas accepter les comportements de son frère. Il pense aussi que sa mère se «mêle trop» de la vie de ses enfants, ce qui peut déclencher des «bagarres». Pour gérer la situation, Monsieur Rossignol affirme qu'il essaie de passer le plus de temps possibles à l'extérieur de la maison. Avec sa mère, Monsieur Rossignol pense que sa relation s'est beaucoup améliorée depuis qu'il a décidé de se prendre en main et de mieux gérer sa propre colère. Avec son père,

Monsieur Rossignol affirme que leur relation est maintenant beaucoup mieux. Son père est suivi régulièrement par l'équipe de psychiatrie d'un centre hospitalier, dont une infirmière qui vient souvent à domicile. Depuis qu'il prend sa médication régulièrement, son père ne présente plus d'hallucinations et de comportements agressifs.

Monsieur Pigeon

Monsieur Pigeon, 24 ans, célibataire, habite seul dans une ressource d'appartements supervisés. Il est actuellement sans emploi et suit quelques cours dans un cégep. Monsieur Pigeon est suivi par l'équipe de psychiatrie d'un centre hospitalier suite à une psychose toxique qu'il a fait il y a quelques années. Depuis lors, il prend régulièrement une médication antipsychotique, mais consomme régulièrement différentes substances. Avant cette hospitalisation, Monsieur Pigeon était sans domicile fixe pendant plusieurs années après avoir décidé de quitter le domicile de ses parents. Ce sont ses parents qui ont suivi la formation de gestion des comportements agressifs. Selon lui, l'agressivité au sein de sa famille se manifeste essentiellement par des disputes. Il affirme n'avoir jamais été agressif physiquement envers les membres de sa famille. Actuellement, Monsieur Pigeon voit sa famille à raisons de deux à trois reprises par mois. Il affirme aller rendre visite à ses parents moins souvent depuis quelques mois, car cela le rendait anxieux. Monsieur Pigeon démontre une autocritique partielle, il ne pense pas être atteint d'un trouble délirant. Depuis que ses parents ont suivi la formation, il remarque que la communication s'est améliorée pour plusieurs raisons: 1. ses parents ne chercheront pas à lui dire comment il doit vivre sa vie; 2. ses parents vont éviter d'aborder certains sujets tendus tels que sa consommation de drogue; 3. il pense que ses parents sont plus à l'écoute et agissent davantage comme des «médiateurs» lorsqu'ils discutent.

5.2.2 Les principaux thèmes ayant émergés des entrevues

Les sous-questions de recherches ont permis de structurer la collecte et l'analyse des principaux thèmes émergents des entrevues individuelles, afin de dégager les perceptions des personnes atteintes de troubles mentaux dont le membre de famille avait reçu une formation de gestion des comportements agressifs relativement à l'*agressivité*, le *fonctionnement familial*, les *symptômes de maladie* et l'*observance au traitement médical*. Cette section présente ainsi les résultats de l'analyse qualitative sans toutefois les segmenter selon les sous-questions, afin de mettre l'emphase sur les thèmes émergents. Le tout permettant, dans un premier temps, de répondre à la question principale de recherche qui était: «Quelles sont les perceptions de personnes atteintes de troubles mentaux relativement aux caractéristiques du cycle de rechute suite à une formation de gestion des comportements agressifs adaptée par et pour leurs membres de familles? »; et dans un deuxième temps, d'apporter aux données quantitatives une richesse de contenu.

L'analyse des entretiens réalisés auprès des huit participants a permis de mettre en évidence cinq thèmes et 16 sous-thèmes. Les thèmes sont : 1. les causes de l'agressivité; 2. l'expression de l'agressivité; 3. la gestion de l'agressivité; 4. les traitements de la maladie; et 5. les symptômes de maladie. Chacun de ces thèmes est constitué de sous-thèmes qui sont identifiés et définis dans le Tableau 9.

Tableau 9

Les thèmes et les sous-thèmes ayant émergés de l'analyse qualitative

Thèmes	Sous-thèmes	
Les causes de l'agressivité	L'intrusion Les contraintes Les autres causes de l'agressivité	
L'expression de l'agressivité	L'agressivité verbale L'agressivité physique L'absence d'agressivité	
La gestion de l'agressivité et des conflits	La gestion de l'agressivité et des conflits avant la formation	La communication La distance L'évitement
	La gestion de l'agressivité et des conflits après la formation	La communication La distance L'évitement L'introspection L'amélioration des connaissances
Les traitements de la maladie		
Les symptômes de maladie		

Les causes de l'agressivité

Ce premier thème, soit les causes de l'agressivité, décrit la perception des personnes atteintes de troubles mentaux en lien avec les facteurs pouvant engendrer des situations d'agressivité au sein de la famille. Tous les participants ont abordés ce thème et il met l'accent sur les difficultés relationnelles que peuvent vivre les personnes atteintes avec leur membre de famille. Ce thème se compose en trois sous-thèmes: 1. l'intrusion; 2. les contraintes; et 3. les autres causes de l'agressivité.

L'intrusion

Le premier sous-thème, l'intrusion, se rapporte au fait que le membre de famille essaie de contrôler ou de s'immiscer dans la vie de son proche. La majorité des participants ont verbalisé leur inconfort face à leur membre de famille lorsque ce dernier posait des questions sur leur vie personnelle. Plusieurs des personnes interrogées pouvaient alors se sentir envahies, ce qui amenait des tensions familiales. Par exemple, les verbatim suivants se rapportent au fait que les personnes atteintes percevaient l'intrusion comme un facteur déclencheur aux conflits familiaux:

Si je lui dis que je vais pas bien ben la elle va creuser pis creuser, pis je veux pas...non je vais appeler à Suicide Action pis eux autres ils vont s'en occuper, ils vont me changer les idées (Madame Colibri).

Intervieweuse: Et lorsque vous faisiez des crises comme ça, votre mère réagissait comment avant la formation? Madame Mésange: Ça dépend vraiment des fois, tsé c'est sûr que, ça dépend la façon dont je suis, mais des fois tsé elle venait me voir, pi elle me parlait, pi elle essayait de me calmer pi ça marchait pas, elle arrêta pas de me demander «ça va, ça va?», «qu'est-ce que t'as, qu'est-ce que t'as?», pi ça stais la pire chose à faire (...) Intervieweuse: C'était pas la bonne chose à faire? Madame Mésange: Ben non, tsé quand ça va pas ça te tente pas de te faire harceler là, «ça va tu, qu'est-ce que t'as?» (...) ça empirait les choses (Madame Mésange).

Me faire poser une question pendant que ça me tentait pas pi j'me sentais envahi, ça n'en prenait vraiment pas beaucoup, juste me demander comment ma journée avait été, pi c'était déjà trop. Des fois c'était des questions plus personnelles pi ça passait pas plus (Monsieur Loiseau).

L'analyse des entrevues permet également de constater que les participants pouvaient ressentir une forme d'intrusion lorsque leur membre de famille affirmait des choses ou posait des gestes en lien avec leur vie privée. Plusieurs participants percevaient ces propos, ces attitudes ou ces comportements comme une façon d'essayer de gérer leur vie, ce qui nécessairement, créait des tensions importantes au sein de la famille :

Intervieweuse : Et pour quelles raisons avez-vous décidé de partir de chez vos parents? Monsieur Pigeon: Ben parce que j'étais écœuré là d'habiter avec eux. Ils étaient tout l'temps dans mon dos là. Intervieweuse : C'était quoi leur attitude vis-à-vis toi? Monsieur Pigeon: Ben y'étaient tout l'temps après moi, fait pas ci, fait pas ça (...) tu comprends. Pis ça ça m'énervait (Monsieur Pigeon).

Intervieweuse: C'est quoi les discussions à ce sujet? Monsieur Loiseau: Ahhh que je dépense trop, pi que je devrais dépenser moins, des trucs de même. Intervieweuse: Sentez-vous que votre mère essaie de vous dire quoi faire? Monsieur Loiseau: Oui, c'est ça, elle essaie de me culpabiliser (Monsieur Loiseau).

Par exemple mettre mes choses aux poubelles, prendre des effets personnels qui m'appartenaient et décidait que je n'en avais plus de besoin, elle les donnait. Elle gérait mes choses...sans nécessairement m'en parler parce qu'elle disait que j'étais malade (Madame Colombe).

Pour sa part, Madame Coulombe affirme que des tensions se faisaient ressentir entre elle et sa mère, parce que cette dernière lui donnait des ordres concernant sa situation personnelle:

Intervieweuse: Et au niveau de la communication, qu'est-ce qui pouvait amener des tensions? Madame Colombe: Ben elle pouvait me dire des choses comme «va te faire soigner» (Madame Colombe).

De plus, le fait de recevoir des critiques de la part du membre de famille est perçu comme un jugement négatif et constitue une cause aux situations d'agressivité. Les propos de Madame Colibri à ce sujet sont assez éloquents:

Intervieweuse: Oui vous répondez, absolument. Dans ce que vous me dites, je crois comprendre que vous pouvez vous sentir jugé par votre mère. Madame Colibri : Oui, c'est sur. Comme là je travaille 3 jours par semaine, pi là j'ai eu une extension de 3 semaines, pi ça euhhh.... «ahh ben comment ça une extension de 3 semaine», «t'aurais pu passer à quatre jours», pi euhhh....tsé fac là elle me dit quoi faire. Mais moi j'étais pas prête à passer à 4 jours, pi ça se règle entre le psychiatre et moi. Intervieweuse : Et comment vous vous sentez lorsqu'elle essaie de vous dire quoi faire? Madame Colibri: Ben je me sens pas bien, je me sens jugée. Pi elle va juger mes amies aussi. Comme ya mon amie Geneviève qui m'a ramassé, pis euhh elle ne connaissait pas Geneviève pis déjà elle la jugeait négativement (Madame Colibri).

Pour certains participants, le fait de recevoir des critiques de la part de leur membre de famille étaient perçu comme une atteinte à leur autonomie. Ils avaient l'impression de ne pas pouvoir prendre les décisions par eux-mêmes :

Intervieweuse: Et lorsqu'il y avait des discussions plus agressives, comme une escalade, comment ça se manifestait? Qu'est-ce qui causait ça, qu'est-ce qui vous donnait envie d'exploser? Madame Cygne: Ben c'est pas moi là, sta cause qui me répondait des estis de niaiseries. Intervieweuse : Comme quoi par exemple? Madame Cygne: Ben euhh ça dépend de quoi on parlait, comme si on parlait....euhhh, je sais pas moi, de mon ex chum tsé, ben je disais que stais moi qui choisissait,

que y avais pas d'affaire à décider pour moi, à se mêler de ce qui se passe entre mon ex chum tsé, ben la ça finissait plus (Madame Cygne).

Pi je pense que j'ai réussi à lui faire comprendre que je ne voulais pas trop qu'elle s'intègre là-dedans, pour que moi tsé ; oui je lui en parlerais de toute façon, mais que je voulais qu'elle me laisse quand même faire mes propres démarches (Madame Colombe).

Les contraintes

Ce deuxième sous-thème se rapporte au fait qu'une forme de contrainte exercée par le membre de famille est perçue comme la cause de l'agressivité. De manière générale, les participants décrivent les contraintes par un refus, une décision non-partagée ou une obligation formulés par leurs membres de familles.

Madame Colibri verbalise clairement le fait qu'un refus de la part d'une autre personne puisse engendrer de l'agressivité verbale ou physique :

Intervieweuse: Et au niveau du trouble de personnalité limite, ça se manifestait comment? Madame Colibri: Par de l'automutilation venant de ma part, ou des colères qui venaient comme ça, tsé ma colère montaient vite vite mais ça se retournait toujours contre moi, pas contre les autres. Supposons qu'on me disait non, je le prenais mal (Madame Colibri).

Deux participantes expliquent également qu'une des causes principales à leur agressivité au sein de la famille était due au fait que leur membre de famille ne leur ait pas apporté de l'aide au moment où elles le désiraient :

Oui c'est ça, tsé ma mère quand je lui avais demandé de l'aide pi qu'elle avait rien faite, c'est là que je suis devenue agressive pi que je l'ai piqué avec une fourchette. J'avais la faire bouger (Madame Cygne).

Ben tsé moi en ce moment je suis en ce moment sur Desjardins Sécurité Financières et payée par la garderie, ben j'y ai déjà dit «ben là je suis inquiète j'ai pas reçu mon chèque encore de Desjardins», mais c'était juste pour, c'était pas pour lui demander de l'argent, si je lui avais demandé de l'argent j'aurais été directement, même en sachant que ça pouvait être un sujet brûlant tsé. Pis là elle me rappelle après pi a me dit «tu m'appelle juste quand t'a besoin d'argent». Tsé pi c'était pas ça pentoute là. Je disais juste que j'étais inquiète, que je savais pas si j'allais être capable de payer mon loyer. Fac euhh...non mes inquiétudes face à l'argent j'aime mieux pas lui en parler (Madame Colibri).

Certains participants mentionnent que l'agressivité est causée par le fait que leur membre de famille leur impose une conduite ou un comportement auxquels ils ne sont pas en accord :

Il y a une fois on s'est chicané moi pi ma mère, pi stais par rapport à mon garçon quand il s'est fait enlever par la DPJ là. Parce que moi j'avais donné le bébé à ma mère, j'y avais dit garde le une semaine le temps que je me replace tsé. Pi si y'aurais fallu que j'y laisse deux semaines je lui aurait laissé deux semaine tsé, pi le temps qu'il aurait fallu tsé. Pi elle a appelé la DPJ tout suite, elle m'a même pas laissé la semaine que j'y avais demandé (Madame Cygne).

Intervieweuse: Et avec Jacques, vous vous êtes disputé par rapport à quoi? Monsieur Pigeon: Ben sparce que il disait que d'habitude faudrait j'aille 3 piace pour aller au métro Longueuil pi y voulait pas venir me chercher. Moi j'y ai dit mais pourquoi tu l'as pas dit avant. Au lieu de passer toute le long à me le dire dans l'auto jusqu'à temps que je pette une coche. Pi ça finit de même, là c'est réglé (Monsieur Pigeon).

Les autres causes de l'agressivité

Les autres causes de l'agressivité comprennent les facteurs perçus par le proche atteint comme un déclencheur à l'agressivité, mais qui ne réfèrent pas aux sous-thèmes de l'intrusion et des contraintes.

Durant les rencontres, plusieurs participants évoquent le fait que certains sujets étaient des sources de tensions entre eux et leur membre de famille :

Intervieweuse: Est-ce que ça pouvait lui arriver souvent de vous aider financièrement par le passé? Madame Colibri: Euhhh l'argent et ma mère c'est un sujet brûlant. Parce que si je lui parle d'argent ça veut dire que je lui en demande. Pis c'est pas ça là. Facc euhh, non non ça toujours été, même avec mon frère ça toujours été un sujet, on en parlait le moins possible. Intervieweuse : Donc vous avez déjà eu des conversations par le passé concernant l'argent qui ont mal tournées? Madame Colibri: Ben oui (Madame Colibri).

On ne parlera pas de la famille, d'argent, de comment qu'on va, pi plein d'affaires de même. On va vraiment éliminer les sujets qui pourraient faire de la friction (Monsieur Loiseau).

Intervieweuse: Donc pour résumer, les conflits que vous aviez avec votre famille c'était vraiment sur des sujets en particuliers. Madame Cygne: Le ptit, mon chum, mais la j'en ai pu de chum fac ça régler pas mal d'affaire. Intervieweuse: Et ces sujets-là devenaient des conflits et des sources de tensions parce que (...). Madame Cygne: Parce qu'on n'était pas d'accord, des conflits là (Madame Cygne).

Les participants se sont également exprimés sur une autre dimension de leur expérience en lien avec les causes de l'agressivité, c'est-à-dire le fait que les tensions avec leur membre de famille soient causées par une tierce personne. Leurs propos sur le sujet étant éloquent, laissons certains des participants s'exprimer :

On avait une bonne relation jusqu'à temps que d'autres personnes de la famille aient une petite jalousie de ça. Certains membres de ma famille avaient des problèmes eux autres aussi, dans leurs familles, des tensions. Puis à moment donné je me suis aperçue qu'il y avait une communication avec elle, pi elle; elle n'osait pas m'en parler pour pas...ben pour confidentialité et pour respect de l'autre personne. Je sentais qu'il y avait des tensions avec certains membres de la famille, surtout avec ses frères et ses sœurs. Mais à moment donné avec la communication, ça l'avait des répercussions sur notre relation à nous, avec moi et elle (Madame Colombe).

Intervieweuse : Qu'est-ce que vous voulez dire par faire des crises? Madame Mésange: Ben tsé stais jamais par rapport à elle, mais stais elle qui les vivait parce qu'elle habite avec moi (...). Intervieweuse: Et c'était par rapport à quoi les crises? Madame Mésange: Euhh ben y'en a eu plusieurs, mais je dirais que le principal déclencheur c'est mon père. Intervieweuse: Qu'est-ce que vous voulez dire par déclencheur? Madame Mésange: Ben dans le fond c'est que mon père, quand mes parents se sont divorcés, ben ya eu une grosse histoire, il est parti avec une autre femme, pi cette femme-là est folle, pi mon père il nous a comme un peu abandonné, pi ben c'est plus pour ça, le sentiment d'abandon, tu sais c'est quoi un peu borderline, tu sais les symptômes, ben moi le sentiment d'abandon c'est le pire (...) tsé comme le pire sentiment, pi mon père a comme pas aidé là (...). Intervieweuse: Ok, dans le fond, vous aviez des crises en réagissant face à votre père (...). Madame Mésange: Ben honnêtement, quand je le vois, je fais une crise dans les jours qui suivent (...) ouin (Madame Mésange).

Intervieweuse: Est-ce qu'il y avait des discussions plus intenses dans votre famille? Madame Cygne: Ouais, ouais ça arrivait, mais c'était tout le temps par rapport à mon père, qui pognait les nerfs, pi la j'y répondais de quoi, pi la il me disait dehors de la maison tsé. Intervieweuse: Donc c'était plus avec votre père les problèmes? Madame Cygne: Ouais plus, beaucoup plus (Madame Cygne).

En somme, l'agressivité au sein des familles évoquée par les personnes atteintes de troubles mentaux semble être causée par des comportements et des propos de la part des membres de famille, mais également par certains membres de l'entourage. Ils décrivent de façon générale leurs perceptions des causes de l'agressivité comme étant des facteurs externes. Peu de participants avaient une autocritique assez profonde en regard de leurs propres comportements en tant que déclencheur même à l'agressivité. Par ailleurs, certains verbalisent qu'ils sont conscients que leurs

symptômes de maladie mentale pouvaient avoir une influence négative dans leur relation avec leur membre de famille. Madame Colombe verbalise sa compréhension des symptômes de décompensation de maladie comme agent causal de l'agressivité :

J'ai déjà été agressive physiquement envers ma mère quand j'ai commencé ma bipolarité, dans un (...) comment qu'on dit ça? Intervieweuse: Dans un état maniaque? Madame Colombe: Oui c'est ça, un état maniaque. Pi là on a découvert que j'étais malade et j'ai été hospitalisée et tout. Mais c'est ça, ça s'est manifesté une fois seulement. Pi il ne faut que ça se manifeste non plus encore. Intervieweuse : Vous viviez les symptômes de la maladie à ce moment. Madame Colombe : Oui c'est ça il y avait les symptômes de la maladie, je n'étais pas contrôlée du tout. Fac là j'avais de l'agressivité envers différentes personnes. Les gens avaient de la misère à m'approcher (Madame Colombe).

L'expression de l'agressivité

Une autre dimension important révélée durant les entrevues se rapporte à l'agressivité vécue et exprimée au sein de la famille. Cette thématique se divise en trois sous-thèmes : 1. l'agressivité verbale; 2. l'agressivité physique; et 3. l'absence d'agressivité.

L'agressivité verbale

L'agressivité verbale exprimée par les participants est reliée aux comportements verbaux agressifs tels que des menaces, des insultes, des injures, des cris, des discussions houleuses avant ou après la formation reçue par le membre de famille. Tous les participants rencontrés ont verbalisés avoir exprimé de l'agressivité verbale ou en avoir vécue dans leur famille; il s'agit de la principale forme d'agressivité verbalisée par les personnes atteinte durant les entrevues.

De manière générale, l'agressivité verbale exprimée par les participants atteints de troubles mentaux est décrite par un dysfonctionnement au niveau de la communication. Ainsi, chaque participant décrit dans ses mots son expérience avec son membre de famille en ce qui a trait aux conflits verbaux :

Intervieweuse: Et si vous vous permettiez de lui dire comment vous vous sentez, comment ça se déroule? Madame Colibri : Ben elle peut élever la voix, ça va finir en raccrochant le téléphone au nez. Intervieweuse : Et qu'est-ce qu'elle peut vous dire par exemple? Madame Colibri: Ben elle va dire qu'elle ne comprend pas, elle va dire voyons ça n'a pas d'allure, reprends-toi, euhhh tiens-toi debout, des choses comme ça (Madame Colibri).

Intervieweuse: C'était des tensions de quel genre qu'il y avait? Monsieur Loiseau: De toute sorte je vous dirais. On s'entendait sur pratiquement rien. Fac ça faisait des tensions assez extrêmes peu importe la sorte. Ça pouvait être juste on se regarde pi ça va pas jusqu'à on s'engueule jusqu'à ce qu'il y en ait un qui flanche (Monsieur Loiseau).

Intervieweuse: Et qu'est-ce que ça entraîne quand elle essaie de vous raisonner? Monsieur Rossignol: Ben ça augmente. Elle s'en mêle, là on va argumenter, super borné, fac ça serre à rien (Monsieur Rossignol).

Mais euhhh verbalement on se criait après, on se criait après pis je me souviens qu'une fois Vivianne qui est notre fille nous avait dit «ahhh arrêtez de vous chicaner», pi la ben ça avait arrêté sec, on c'était plus parlé (Monsieur Héron).

L'analyse des entrevues a mis en évidence que cette forme d'agressivité se présentait souvent sous la forme de discussions houleuses et tendues. Ils utilisaient fréquemment le terme «engueulades». Les propos de Monsieur Héron se rapportant à ce sujet sont révélateurs :

Intervieweuse: Et quelles répercussions ses symptômes-là avaient sur la dynamique de votre famille? Monsieur Héron: (Silence) Je criais souvent, ouin (...) je criais souvent pi y'avais un bild up, l'un et l'autre on s'engueulait tout le temps (Monsieur Héron).

L'analyse des verbatims des entrevues a également permis de mettre en relief l'expérience des personnes atteintes en ce qui a trait à la façon dont l'agressivité verbale s'exprimait. Pour plusieurs participants, lorsqu'ils avaient des discussions avec leur membre de famille, une incompréhension de part et d'autre amenait des tensions jusqu'à un point de non-retour. L'agressivité verbale se manifestait donc sous la forme d'une escalade, telle que souligné par les deux participants suivants :

Intervieweuse: Je voudrais revenir sur l'événement du déménagement; pouvez-vous m'expliquez plus en détails comment cela s'est passé, comment ça s'est organisé avec votre famille, quelles ont été les discussions? Monsieur Loiseau: Il n'y a pas vraiment eu de discussions, il y a plutôt eu des engueulades à n'en plus finir, pi à moment donné on a fait wow c'est fini. Fac ya pas vraiment eu de discussions à ce niveau-là (Monsieur Loiseau).

Madame Cygne : Ahhh ben euhhh, n'importe quoi, n'importe quel sujet, il venait tout le temps sur la défensive, euhhh agressiff, euhh verbalement là. Ben c'est comme si lui ses émotions il mélange ça tsé. Quand il vit de la colère ben il vit de la peine, pi quand il vit de la frustration, ben il vit de la peine (...) ben en tout cas il inverse ça tsé. Il inverse la colère pi la peine tsé. Fac ça quand ça lui fait de la peine il réagit comme en colère pi la moi tsé j'y répons (...) pi c'est là que ça dégénère. Intervieweuse: Ça fait comme une escalade. Sujet : Oui c'est ça (Madame Cygne).

Pour Madame Mésange, atteinte d'un trouble de personnalité limite, l'agressivité verbale se manifestait par des propos menaçants qu'elle tenait envers sa famille :

Intervieweuse: Est-ce que ça vous est déjà arrivé de menacer votre mère avec des comportements d'automutilation? Madame Mésange: Euh je pense que ouais, ouais (...) mais les menaces c'était plus avec mon père. Intervieweuse: Comme quoi par exemple? Madame Mésange: Ben tsé des trucs pas cool comme si tu fais pas telle chose je serai plus là demain (Madame Mésange).

Finalement, de manière générale, les participants ont affirmé que l'agressivité, avec leur membre de famille, avait diminuée depuis que ce dernier avait reçu la formation de gestion des comportements agressifs. Les verbatims suivants témoignent de cette observation :

Intervieweuse: Donc depuis que votre mère a suivi la formation, avez-vous l'impression qu'il y a eu des changements dans l'agressivité au sein de votre famille? Madame Mésange: Ben honnêtement c'est plus que je fais moins de crises, je suis moins portée à en faire depuis quelques temps, pi quand j'en fais ben elles sont moins fortes (Madame Mésange).

Intervieweuse: Et sentez-vous que l'agressivité avec votre mère a diminuée, augmentée ou est restée la même? Madame Colibri: Non l'agressivité elle a diminuée. Intervieweuse: Et de quelle façon elle a diminuée? Madame Colibri: Au niveau de la communication (Madame Colibri).

Pour Monsieur Rossignol, la diminution de l'agressivité verbale n'est pas due au fait que sa mère a suivi la formation de gestion des comportements agressifs, mais plutôt le résultat de changements dans ses propres comportements et attitudes envers sa famille et son entourage :

Intervieweuse: Et les engueulades et les crises chez vous ça arrive à quelle fréquence? Monsieur Rossignol: À s't'heure c'est pas mal moins, mais j'te dirais que c'est peut-être deux fois ou trois fois semaine. Intervieweuse: Et ça a diminué depuis que (...) Monsieur Rossignol: Depuis que moi j'me suis calmé. Intervieweuse: Depuis que vous vous êtes calmé dans quel sens? Monsieur Rossignol: Ben s'parce que moi aussi avant j'tais un gars pas mal renfermé, tout l'temps de la bataille, tout l'temps en colère. Mais à moment donné ça me tentais pu. Tsé le monde m'aimait ben gros, ah tu te bas, t'es cool. Mais quand s'tais le temps d'avoir une relation sérieuse, mettons avec les filles, y me regardais toute, crisse ça me tente pas d'avoir un gars dans ma vie qui se bat tout l'temps pi qui pette des colères pour rien. Fac j'me suis calmé, j'ai commencé à plus rire, à m'amuser avec le monde. Là à s't'heure s'est rendu correct.

L'agressivité physique

Cette deuxième dimension de l'expression de l'agressivité se rapporte aux comportements agressifs manifestés physiquement envers soi (automutilation), envers autrui ou envers des objets avant ou après la formation reçue par le membre de famille. À ce sujet, Madame Cygne relate un événement significatif où elle a été agressive physiquement envers sa mère :

Intervieweuse: Vous n'avez jamais été agressive physiquement? Madame Cygne: Une fois j'ai été agressive, j'ai essayé de poignarder ma mère avec une fourchette. Mais euh c'était parce que, j'voulais la faire réagir à n'importe quel prix, parce que tsé, j'venais d'y dire que j'me sentais vraiment mal, pi que (...) ça fait longtemps de t'ça. Intervieweuse : Ça fait combien de temps? Madame Cygne : J'étais jeune, j'avais peut-être 22 ou 23 ans. Pi j'venais d'y dire que j'me sentais super mal, pi que j'avais besoin d'aide, pi a réagissait pas, a riait de moi ben raide (...) fac la j'ai voulu la faire réagir fac j'ai fait à semblant de la piquer avec la fourchette, mais tsé je l'aurais pas faite (Madame Cygne).

De son côté, Monsieur Rossignol fait état de sa situation familiale. Il verbalise le fait que plusieurs membres du ménage ont pu être agressifs à divers moments. Ses propos témoignent de l'expression de l'agressivité physique entre son père, son frère et lui-même:

C'est déjà arrivé que mon frère saute sur mon père, que moi je le bardasse parce que....parce que tsé c'est sûr que quand t'as un père qui est schizophrène ben c'est pas facile à vivre parce que tu vois toute tes chums qui ont des pères normals, pi qui font des affaires normales, pi que nous autres on peut pas rien faire avec. C'est ça qui est un peu plus difficile (Monsieur Rossignol).

Mon frère tsé c'est pettage de coche assuré jusqu'à la bagarre (...) (Monsieur Rossignol).

Pour d'autres participants, l'agressivité physique se manifestait contre eux-mêmes, soit de l'automutilation ou envers des objets. Laissons Madame Mésange et Madame Colibri décrire leurs comportements à ce sujet :

Intervieweuse: Et quand vous dites «faire une crise», ça ressemble à quoi? Madame Mésange: Ben ça dépend, yen a que c'est plus intense que d'autre là, tsé des fois c'est des tentatives comme j'ai déjà fait, mais euhh je suis pas vraiment violente envers les autres c'est plutôt envers moi-même, je me suis déjà automutilé, euhhm je cris beaucoup, pis j'suis comme dans ma bulle, je pitch des choses, pi je claque des portes, je défonce des portes là...ouin, c'est gênant! Intervieweuse: Et tu te sens comment durant ces épisodes de crises là? Madame Mésange: Ben j'me sens pas en contrôle, tsé des fois je m'en rappelle même plus de mes crises là. Euhhm, je suis vraiment hors de moi, je sais pas je suis tellement enragée que je veux que toute sorte là (Madame Mésange).

Intervieweuse: Et au niveau du trouble de personnalité limite, ça se manifestait comment? Madame Colibri: Par de l'automutilation venant de ma part, ou des colères qui venaient comme ça, tsé ma colère montaient vite vite mais ça se retournait toujours contre moi, pas contre les autres (Madame Colibri).

D'autres personnes atteintes précisent que l'agressivité physique qu'ils manifestaient était dirigée envers des personnes ne faisant pas partie de leur famille :

J'avais tout l'temps la police après moi. J'me bagarrais tout l'temps y appelait les renforts. C'est comme si j voulais être un tough, mais là ça l'a changé, j'ai pu cette mentalité là (Monsieur Rossignol).

Intervieweuse: Et dernièrement est-ce qu'il y a eu des situations d'agressivité physique ou verbale? Monsieur Pigeon: Ben avec mes parents pas vraiment (...) ben pas récemment. Mais j'suis rentré à l'hôpital parce que j'avais battu mon voisin, j'étais sur le speed pi sur l'alcool, pi je l'ai battu genre (Monsieur Pigeon).

Durant les entrevues, deux participants, Monsieur Pigeon et Madame Colibri, ont mentionné le fait que l'agressivité physique était perpétrée par leur membre de famille :

Intervieweuse: Avez-vous déjà été agressif physiquement envers vos parents? Monsieur Pigeon: Ben euh yé arrivé des trucs, j'aime pas ça trop en parler, mais c'est que quand j'étais jeune, ma mère a m'a donné une grosse claque, je l'ai tiré par les cheveux. Jacques aussi quand j'étais jeune, il m'engueulait, chu aller aux toilettes, ya ouvert la porte pour continuer à m'engueuler pendant que je chiais, on s'est battu euhh (...) mais ça fait peut-être 12 ans. Ça fait longtemps (Monsieur Pigeon).

J'étais plus jeune dans ce temps là, je sors de chez le dentiste, je suis encore gelée, pi c'est l'hiver, elle est avec moi, fac elle se met à glisser dans le chemin dans l'auto, pi la moi j'avais peur, pi la j'ai reçu une bonne claque dans la face parce que j'avais peur. Fac ça c'est un exemple, j'avais pas le droit d'avoir peur en auto. C'est ça, elle est agressive. Moi j'ai eu peur d'elle, je peux dire qu'aujourd'hui je n'ai plus peur d'elle, mais j'avais peur d'elle longtemps, longtemps, longtemps (Madame Colibri).

Somme toute, il semble que l'agressivité physique au sein des familles s'exprime de cinq façons principales au regard des perceptions des personnes atteintes de troubles mentaux: 1. l'agression physique contre son membre de famille; 2. l'agression physique contre soi; 3. l'agression physique contre l'environnement immédiat; 4. l'agressivité physique contre les autres; et 5. l'agression physique du membre de famille envers la personne atteinte.

L'absence d'agressivité

Cette dernière dimension fait référence au fait que l'agressivité physique ne s'est pas exprimée pour certains participants. En effet, deux des participants rencontrés ont verbalisé qu'ils n'avaient jamais été agressifs physiquement envers leur membre de famille. Finalement, toutes les personnes rencontrées ont affirmé qu'il n'y avait pas eu de comportements agressifs physiques au moins depuis que leur membre de famille avait reçu la formation de gestion des comportements agressifs.

La gestion de l'agressivité

Ce troisième thème ayant émergé de l'analyse des entrevues fait référence aux perceptions des participants qui se rapporte aux échanges verbaux entre les membres de la famille, à la capacité de communiquer (exprimer à l'autre comment l'on se sent, exprimer ses sentiments ou émotions), au fait de faire preuve d'empathie et d'ouverture et à la capacité d'être à l'écoute de l'autre. Ces aptitudes peuvent être présentes ou absentes au sein de la famille. Le thème de la gestion de

l'agressivité se rapporte également aux actions effectuées pour faire face aux imprévus de la vie et de la maladie pouvant mener à de l'agressivité et les façons dont les personnes résolvent les situations conflictuelles qu'elles soient positives ou négatives. Il s'agit également des moyens mis en place pour éviter les conflits.

Ce thème se divise en deux sous-thèmes : 1. la gestion de l'agressivité avant la formation; et 2. la gestion de l'agressivité après la formation. Ce mode de présentation des résultats qualitatifs permettra de mieux cerner le but de la présente étude, soit de décrire les perceptions des personnes atteintes de troubles mentaux quant à l'agressivité, le fonctionnement familial et l'observance au traitement médical suite à une formation de gestion des comportements agressifs auprès de leur membre de famille.

La gestion de l'agressivité avant la formation

Durant les entrevues, les participants décrivent la façon dont ils géraient l'agressivité avant que leur membre de famille ait reçu la formation. Pour la plupart des participants, leur façon de gérer l'agressivité verbale ou physique était de s'éloigner. L'analyse des entrevues révèle que cette distance peut prendre plusieurs formes : 1. une distance physique; 2. le fait d'éviter de parler des problèmes; et 3. empêcher une escalade d'agressivité en arrêtant une argumentation ou en donnant raison à l'autre partie.

Les personnes atteintes affirment que la distance physique était nécessaire, afin d'éviter les tensions. Les propos de trois des participants sont révélateurs à ce sujet :

Intervieweuse: Donc en ce moment tu habites avec le reste de ta famille mais la situation est très tendue? Monsieur Rossignol: C'est ça, c'est pour ça que je ne suis pas tout l'temps à maison. Je suis souvent à l'hôtel ou chez des chums pi toute. J'essaie pas mal de fuir là, je suis écœuré de t'ça. J'étais sensé m'acheter quelque chose cette année, mais là j'ai mis le projet de côté parce que je vais peut-être partir en Alberta faire plus de cash (Monsieur Rossignol).

Intervieweuse: Comment avez-vous alors réagi quand Jacques était sur votre dos? Monsieur Pigeon: Ben j'ai pété ma coche, j'ai levé le ton pas mal fort, pi j'suis sorti de l'auto pi je suis reparti chez nous (Monsieur Pigeon).

Intervieweuse: Et qu'est-ce que vous faisiez quand vous sentiez que ça bouillait? Madame Colibri: Ben je partais, je suis déjà partie un matin. C'est sûr qu'après j'ai reçu un char de bêtises, parce qu'elle ne comprenait pas pourquoi je partais, mais moi je sentais qu'elle allait exploser fac je m'en revenais à Montréal (Madame Colibri).

Les participants expriment également qu'une méthode utilisée pour gérer l'agressivité est d'éviter de parler du problème en question. Les personnes atteintes affirment alors que les conflits ne se réglaient pas et demeuraient latents. Les verbatims suivants dressent un portrait de ces perceptions :

Intervieweuse: Quand il arrive des conflits dans votre famille, de quelle manière vous vous y prenez pour les régler? Madame Cygne: Euh (...) habituellement ça se règle pas, non ça reste en suspens (Madame Cygne).

Intervieweuse: Et de quelles façons vous arriviez à régler les problèmes à ce moment-là? Monsieur Héron: On les réglait pas, on les mettait de côté pi euh on continuait à avancer. Intervieweuse: Vous évitiez les sujets? Monsieur Héron: Oui (Monsieur Héron).

Il semble donc que l'éloignement, pour les participants, est un comportement parfois nécessaire devant l'agressivité. Les participants en parlent comme une façon de se protéger devant des situations conflictuelles avec leur membre de famille. Pour Madame Colibri, lorsqu'elle vivait des tensions avec son membre de famille, le fait de prendre une distance était comme un mécanisme d'auto-défense :

Intervieweuse: Et dans des situations comme celle-là, où vous pouvez vous sentir jugé, que vous sentez qu'elle vous dit comment vous devriez vivre votre vie ou qu'elle ne vous écoute pas, comment réagissez-vous? Intervieweuse: Ben moi je me ferme (Madame Colibri).

Finalement, certains participants mentionnent que la seule façon de faire face aux conflits était de «plier» ou de ne pas «affronter» l'autre, afin d'éviter que la situation ne dégénère. Monsieur Rossignol et Madame Colibri témoignent de ce comportement d'évitement avec leur famille :

Intervieweuse: Et donc quand il arrive des situations tendues comme celle-là, comment est-ce que ça finit par se régler? Monsieur Rossignol: Soit que ça y va jusqu'au boutte jusqu'à ce que la police s'en mêle, soit que ça virre au pognage au cou pi toute, des fois quand mon frère se pogne avec ma mère ben ma mère va plier pi dire ok c'est correct pi mon frère va l'emporter (Monsieur Rossignol).

Intervieweuse: Vous est-il déjà arrivé de réagir agressivement envers elle dans ces moment-là? Madame Colibri: Non pas vraiment. J'ai déjà (...) à moment donné on était chez elle moi pi mon frère pi j'y ai dit «ben là ta mauvaise humeur t'es pas obligé de la rabattre sur moi». Pis là elle a comme réaliser qu'elle avait dépassé les bornes, qu'elle capotait encore pour rien. Mais c'est très très rare dans mon cas, je ne l'affronte pas. Je rentre en dessous du tapis même à 46 ans je fais encore ça. Ou s'il y a une chicane avec mes collègues de travail, si ya quelqu'un qui élève la voix ben je vais rentrer en dessous du tapis aussi. Ça se manifeste avec mes collègues de travail aussi (Madame Colibri).

La gestion de l'agressivité après la formation

Ce deuxième sous-thème aborde la gestion de l'agressivité suite à la formation reçue par le membre de famille. L'analyse des entrevues a permis de dégager cinq sous-thèmes : 1. la communication; 2. la distance physique ou émotionnelle; 3. l'évitement; 4. l'introspection; et 5. l'augmentation des connaissances.

Pour la majorité des participants, la communication avec leur membre de famille qui a suivi la formation de gestion des comportements agressifs s'est améliorée. Selon les participants, la communication est un outil essentiel permettant d'améliorer le climat familial, de diminuer les tensions et ainsi prévenir les situations d'agressivité. Les entrevues ont permis de faire ressortir certains aspects de la communication, selon les participants, qui permettaient d'améliorer la communication : 1. l'écoute, 2. la patience, 3. l'empathie; 4. l'absence de jugements; 5. le respect des choix de l'autre; et 6. la médiation.

Les propos de Madame Colombe et de Monsieur Héron décrivent bien cette amélioration au niveau de la communication:

Je pense qu'elle a voulu donner signe de cette formation-là, elle passe souvent des messages: «va rencontrer telle personne, lit sur cela», pour communiquer, c'est sa façon un petit peu à elle de me dire quelque chose. Donc je dois être à l'écoute de ça. Mais elle aussi est un petit plus à l'écoute, parce que là à moment donné on voit avec cette formation là qu'elle prend plus le temps d'être à l'écoute de ce que je vis dans le quotidien (Madame Colombe).

Pis ça fait en sorte que, juste ça, ça diminue beaucoup beaucoup de tensions parce que je ne l'accuse plus, fac en ne portant plus d'accusations sur ses comportements, sur sa façon d'être, ben à ce moment-là quand on rediscute la tension est calme, pis on prend plus le temps de dire ce qu'on a à dire; fac des conflits yen a pratiquement plus, pis si on est en désaccord, on est capable d'arriver pis de discuter (Monsieur Héron).

Selon Monsieur Héron, sa relation avec sa conjointe s'est améliorée par le fait qu'ils sont capables de discuter sans qu'il n'y ait de tensions. Il attribue ce changement par le fait que sa conjointe démontre plus de patience envers lui depuis qu'elle a suivi la formation de gestion des comportements agressifs.

Intervieweuse : Qu'est-ce que vous avez remarquée d'autre chez elle, dans la vie de tous les jours, dans son attitude ou dans sa façon de communiquer avec vous? Monsieur Héron: Je pense qu'elle est plus patiente. Intervieweuse: Pouvez-vous me donner des exemples? Monsieur Héron: Bah elle réagit moins au quart de tour avec moi (Monsieur Héron).

Durant les entrevues, les personnes atteintes affirment que suite à la formation de gestion des comportements agressifs, ils sentaient que leur membre de famille était plus à l'écoute de leurs besoins, ce qui, nécessairement, améliorerait le fonctionnement de la famille. Les propos de Madame Colombe et de Madame Cygne sont rapportés, afin d'illustrer ce concept :

Mais là je crois qu'elle prend plus le temps de me demander c'est quoi mes besoins, pi de voir elle aussi c'est quoi ses besoins. Être capable de mieux transmettre ses besoins. Si ça ne va pas une journée, elle va être capable de me dire «ben là écoute ça va pas aujourd'hui, c'est pas le bon moment». Par exemple elle va plus me demander «t'es fatiguée aujourd'hui, pourquoi?», ou elle va me donner une attention plus particulière, ou elle va me dire «ah c'est peut-être pas la bonne journée pour qu'on se voit» (Madame Colombe).

Intervieweuse: Et quand vous dites elle a essayé de mieux me comprendre, qu'est-ce qu'elle fait par exemple? Madame Cygne: Ah ben, elle est beaucoup plus, comme regarde là elle vient de me passer 100 piasse pour que je puisse faire l'épicerie. Intervieweuse: Et ça vous a aidé dans le fond? Madame Cygne: Ouais, parce que le chèque arrive bientôt, pis j'avais de la misère, fac je l'ai appelé pi j'y ai demandé, pis a m'a dit oui, elle est plus ouverte que mon père. Mais je sais qu'elle est plus ouverte si j'ai besoin de quelque chose, que je peux lui demander, que je peux l'appeler (Madame Cygne).

Madame Colombe affirme également que les conflits avec son membre de famille ont diminué, puisqu'elle sent que son membre de famille respecte davantage ses choix et ses décisions personnelles :

Intervieweuse: Et depuis la formation que vous dit votre mère par rapport à votre maladie et vos suivis médicaux? Madame Colombe: Ben là elle me dit «c'est important» (rires)! Mais ça a diminué, ce n'est plus «il faut que tu fasses ça». C'est sûr que là elle sait qu'il y a une équipe qui m'entoure, donc elle se sent plus soutenue. Elle n'est plus toute seule dans ça. Fac ça l'aide (Madame Colombe).

De plus, l'analyse des entrevues a permis de faire ressortir que suite à la formation, les personnes atteintes ont la perception que leur membre de famille agissait davantage comme «un médiateur» devant des situations d'agressivité, ce qui facilitait la communication. Selon les participants le rôle de médiateur fait référence au fait que le membre de famille fait preuve d'ouverture, tente de résoudre une situation problématique sans juger l'autre. Les propos de Madame Cygne et de Monsieur Pigeon reflètent cet aspect de la gestion de l'agressivité par la communication :

Intervieweuse: Et depuis que votre mère a suivi la formation, trouvez-vous qu'il y a des choses qui ont changé lorsque vous devez régler des conflits? Madame Cygne: Oui, parce qu'elle essaie plus de me dire ton père «na na na», pi elle prend mon père à part pi elle dit tsé ta fille «na na na», pis elle essaie d'être la médiatrice un peu là (Madame Cygne).

Intervieweuse: Donc, si je comprends bien ils ne réagissent plus à certaines situations qui avant auraient amenées des conflits? Monsieur Pigeon: Ben ils réagissent, mais comme un médiateur mettons. Intervieweuse: Ils essaient plus de te comprendre? Monsieur Pigeon: Ouin c'est ça, des trucs que ça seraient peut-être bon qu'ils pettent des coches pour me faire réaliser des choses. Intervieweuse: Et avant est-ce qu'ils agissaient comme des médiateurs? Monsieur Pigeon: Non, mais tsé ça c'est fait comme progressivement que j'm'en suis pas trop rendu compte. Mais c'est vrai

que y'agissent souvent, tsé quand je leur dit «j'ai pris de la drogue», ben ils pettent pas de coche (Monsieur Pigeon).

Un deuxième sous-thème ayant émergé des entrevues avec les participants est la distance qui, selon ces derniers, semble parfois nécessaire afin de gérer l'agressivité au sein de la famille. Selon les personnes atteintes, la distance peut prendre une forme émotionnelle où le membre de famille est moins intrusif, critique ou accusateur. Cette distance émotionnelle est également perçue comme étant la capacité de mettre ses limites personnelles avec son proche. De plus, selon plusieurs participants, la distance peut également être physiquement essentielle à une relation saine entre le proche atteint et son membre de famille.

Dans cette perspective, Madame Colombe exprime ses perceptions du changement observée chez sa mère se rapportant au concept de distance :

Intervieweuse: Avez-vous l'impression qu'une distance de respect s'est installée entre vous deux? Madame Colombe: Oui. En fait avant la formation, c'est comme si elle voulait imposer des choses même si je n'étais plus avec elle. Donc, j'ai été obligé de lui faire comprendre que regarde je suis chez moi et tu es chez toi. Et que là il faut essayer de se respecter là-dedans. Pi la maintenant oui elle le fait. Intervieweuse: Donc cette distance vous permet de vous rapprocher? Madame Colombe: Oui c'est ça. La distance fait en sorte que l'on s'est ré-approcher (Madame Colombe).

Les propos de Madame Cygne sont également éloquentes quant aux changements observés, suite à la formation de gestion des comportements agressifs, quant aux comportements non-intrusifs :

Intervieweuse : Donc après que votre mère ait suivi, est-ce que vous avez remarqué des changements dans ses attitudes ou ses comportements avec vous? Madame Cygne: Peut-être ouais, mais elle va pas chercher, elle va pas me demander qu'est-ce qui va pas, elle pose pas beaucoup de questions (Madame Cygne).

Pour Madame Mésange, le fait que son membre de famille établisse une distance permet d'éviter une escalade d'agressivité lorsqu'elle est en crise. Ses propos sont rapportés ici-bas, témoignant de ses perceptions :

Intervieweuse: Et justement le fait qu'elle ait plus confiance en elle et qu'elle soit plus en contrôle, qu'est-ce que ça a comme impact lorsque vous faites une crise? Madame Mésange: Ben elle sait qu'il faut pas qu'elle s'approche trop de moi, pi qu'elle me laisse dans ma bulle pi toute, comme me poser des questions, j'en ai pas besoin là (Madame Mésange).

Pour Monsieur Héron, l'attitude de sa conjointe suite à la formation, soit de mettre des limites claires, lors des conflits, permet de mieux gérer l'agressivité :

Intervieweuse: Sentez-vous justement que dans des situations où vous êtes en désaccord, elle se met en retrait pour mettre une distance émotionnelle ou physique pour éviter une escalade de conflits? Monsieur Héron: Des fois oui, quand elle me le dit clairement «regarde parle-moi plus, je ne veux pas embarquer», pis là elle me signifie très clairement qu'elle ne veut pas embarquer dans une dynamique de confrontation. Bon ça st'un moyen proactif pour me démontrer qu'elle ne veut plus que la discussion aille plus loin (Monsieur Héron).

Intervieweuse: Et lorsqu'elle vous voit venir qu'est-ce qu'elle fait? Monsieur Héron: Elle se revire de bord, elle s'en va «ok c'est fini, regarde non non, parle-moi plus, on se parlera plus tard», tsé là c'est clair de même. Intervieweuse: Et ça a quoi comme impact sur vous? Monsieur Héron: Ben ça me fait chier! (rires) Ça me fait chier solide, mais euh après ça, ça me permet d'aller réfléchir dans mon coin (Monsieur Héron).

Madame Mésange rapporte également ses perceptions de sa situation familiale quant aux limites que sa mère est capable d'exprimer depuis qu'elle a suivi la formation de gestion des comportements agressifs :

Madame Mésange: Ben ad mettons que je fais une crise, pi je suis dans ma chambre, ben elle va attendre avant de venir me voir, elle va me laisser faire ce que j'ai à faire avant de venir. Intervieweuse: Et vous vous sentez comment lorsqu'elle réagit comme ça? Madame Mésange: Des fois tsé, c'est pas cohérent ce que je vais dire là, tsé c'est pas le fun se faire harceler, mais se faire ignorer non plus. Intervieweuse: Avez-vous l'impression d'être ignorée ou pas écoutée lorsqu'elle met une distance? Madame Mésange: Ben ça dépend des fois, tsé chaque crise est différente, tsé des fois je sais pas, des fois c'est comme si elle est trop proche pi des fois elle est pas assez (Madame Mésange).

Pour plusieurs participants, le fait d'être éloigné physiquement de son membre de famille était une façon de diminuer les tensions au sein de la famille. Les propos de Monsieur Loiseau relativement à son déménagement de la résidence de ses parents décrivent ce concept :

Intervieweuse: Sentez-vous que la relation s'est améliorée depuis le déménagement? Monsieur Loiseau: Ben améliorée non, parce qu'on ne s'est pas vu vraiment, mais en se voyant moins c'est sûr que c'est moins pire. Intervieweuse: Donc finalement, prendre une distance ça permet de réduire certaines situations plus difficiles? Monsieur Loiseau: C'est ça (Monsieur Loiseau).

Pour l'ensemble des participants, le fait d'éviter d'aborder certains sujets de discussion permettait de prévenir des situations d'agressivité avec leur membre de famille. Monsieur Loiseau décrit les discussions qu'il avait avec sa mère depuis que ce dernier a déménagé :

Intervieweuse: Qu'est-ce qui est moins pire? Comment ça se passe quand vous la voyez? Monsieur Loiseau: Bien on va parler de tout et de rien, fac ça sera pas tendu, y'aura pas de tensions, parce qu'on ne va pas parler de ce qui nous achale. Intervieweuse: Elle pose moins des questions qui peuvent vous déranger? Monsieur Loiseau: C'est ça. Intervieweuse: Et ce changement là c'est depuis combien de temps? Monsieur Loiseau: Depuis que je suis déménagé (Monsieur Loiseau).

Intervieweuse: Vous dites que les discussions ont diminuées, mais celles que vous avez actuellement, pouvez-vous me les décrire? Monsieur Loiseau: Les discussions comment elles sont maintenant (...) ben comme on se voit pratiquement plus, quand on se voit on va parler de ce qui nous tente pi de ce qui nous énervera pas (Monsieur Loiseau).

Les propos de Madame Colibri, en lien avec les discussions qu'elle avait avec sa mère, sont rapportés, car ils illustrent avec justesse le concept d'évitement :

Mais encore aujourd'hui je ne lui dis pas tout parce que, surtout vis-à-vis les émotions, elle capote. J'aime mieux pas lui dire tout, par peur qu'elle fasse une crise ou qu'elle juge (Madame Colibri).

Intervieweuse: Et ça se passe comment vos discussions depuis qu'elle a suivi la formation? Madame Colibri: Ben disons que si elle me demande si ça va, je lui dit que ça va bien même si c'est pas le cas. Des fois on peut se parler une heure de temps, mais on va pas se parler de moi. Je vais essayer de parler de d'autres choses. Parce que je sais que si on parle de moi, que si je lui dit que je vais pas bien elle va chercher à me trouver des solutions. Pi c'est pas ça que je veux, je veux juste être écouter pi c'est tout. Fac c'est pas la première personne que je vais appeler pour dire que ça va mal, c'est la dernière (Madame Colibri).

Madame Cygne et Madame Mésange expriment également leurs perceptions de la gestion de l'agressivité suite à la formation reçue par leur membre de famille. Selon elles, le fait d'éviter certains sujets particuliers est bénéfique dans leur relation avec leur proche :

Intervieweuse: Qu'est-ce qui a changée chez elle dans sa façon d'interagir avec vous? Madame Cygne: Ben je dirais qu'on évite les sujets chauds tsé. Intervieweuse: Et ça est-ce que ça vous fait du bien? Madame Cygne: Ben je pense que oui, parce que y'a des affaires que c'était peut-être pas nécessaire de s'engueuler pour ça tsé là, comme par exemple, comment éduquer le p'tit, bon écoute on est trois là-dedans, faut que (...) moment donné le p'tit va vieillir pi y va prendre son bord de choix tsé, pi c'est peut-être pas nécessaire qu'on s'engueule pour ça tsé. Intervieweuse: Donc le fait d'éviter certains sujets ça permet de diminuer les tensions? Madame Cygne: Ouais (Madame Cygne).

Intervieweuse: Et maintenant, depuis que votre mère a suivi la formation, comment vont vos discussions? Madame Cygne: Ben maintenant on en parle plus, parce que elle sait que j'aime pas ça. Madame Cygne: Donc dans le fond elle respecte ses limites, mais les vôtres aussi? Madame Cygne: Les mienne aussi, oui (Madame Cygne).

Intervieweuse: Et est-ce que c'est un sujet que vous abordez avec votre mère l'automutilation? Madame Mésange: Euh ben non pas vraiment. Elle le sait, elle les voit, mais elle m'en parle pas. Intervieweuse: Pour quelles raisons pensez-vous qu'elle ne vous en parle pas? Madame Mésange: Ben je pense qu'elle a juste peur de m'en parler, elle sait que j'aime pas vraiment en parler, parce que même si elle m'en parlerait je répondrais pas. Intervieweuse: Pensez-vous que c'est alors préférable d'éviter certains sujets pour ne pas créer des conflits? Madame Mésange: Oui (Madame Mésange).

L'analyse des entrevues a également permis de faire ressortir le sous-thème de l'introspection comme permettant de gérer l'agressivité au sein de la famille suite à la formation. Ce concept se réfère au fait que le membre de famille ou la personne atteinte prennent conscience de certains aspects de la relation, ce qui favorise un bon fonctionnement. Madame Colombe verbalise que sa mère, suite à la formation, réalise les aspects positifs entourant leur relation, ce qui diminue les tensions. Selon Monsieur Pigeon, son membre de famille démontre de la réceptivité et une réflexivité suite à un conflit. Pour Monsieur Héron, l'attitude de sa conjointe lors des conflits l'amène à prendre lui-même conscience de ses propres comportements. Leurs propos sont rapportés à titre d'exemples:

Elle voit que d'autres personnes vivent des situations semblables, mais elle s'aperçoit aussi que mon cas est moins grave que d'autres. Qu'il y a moins d'agressivité quand on se parle et qu'on a quand même une bonne relation. Et puis ça s'est amélioré (Madame Colombe).

Intervieweuse: Donc au niveau de la communication comment ça se passe depuis que vos parents ont suivi la formation? Monsieur Pigeon: Ça se passe bien. On se dispute rarement, mais c'est sûr qu'on se voit moins. C'est plus avec Jacques, mais je sais qu'il s'en rend compte pi qu'il ne veut pas

l'avouer. C'est juste que des fois il dit «ouin ben peut-être que j'suis allé trop loin». Trop loin dans le sens qu'il pette une coche pour pas grand-chose tsé. Je sais qui care pour moi. Mais Jacques yé comme ça (Monsieur Pigeon).

Intervieweuse: Donc, selon ce que vous me dites, dans des situations de tensions entre vous deux, elle a tendance à se sentir coupable; quelles sont ses autres attitudes dans sa façon de réagir face à vous? Monsieur Héron: Ben elle me voit venir, elle reconnaît les signes, pi ça me fait reconnaître les miens en même temps (Monsieur Héron).

Finalement, les entrevues avec les personnes atteintes ont permis de faire ressortir le sous-thème de l'augmentation des connaissances comme facteur permettant de gérer les comportements agressifs. Selon les participants, le fait que leur membre de famille soit davantage renseigné et proactif par rapport à la maladie mentale permet d'améliorer le fonctionnement familial.

Les propos de Madame Mésange décrivent le fait que la situation familiale se soit améliorée en raison de l'augmentation des connaissances sur la maladie mentale par le membre de famille qui a reçu la formation :

Intervieweuse: Et comment ça se passe la communication avec ta mère depuis qu'elle a suivi la formation? Madame Mésange: Ben c'est sûr que ça s'est améliorée, parce qu'elle connaît plus le sujet maintenant, fac tsé elle sait plus de quoi elle parle, tsé des fois elle m'en parle, elle aime ça savoir comment je me sens, pour un peu savoir si je vais faire une crise bientôt ou non, elle prend des nouvelles dans le fond (Madame Mésange).

Les témoignages de Madame Colombe et Madame Cygne rapportent leurs perceptions en lien avec l'implication de leurs mères respectives dans des associations pour les membres de famille de personnes atteintes de troubles mentaux :

Tsé c'est ça c'est que avant elle ne connaissait pas nécessairement la maladie, pi là je pense qu'avec l'ALPABEM elle a appris à connaître plus la bipolarité. Avec les conférences aussi qui sont données à la cité de la santé. Ça l'aide beaucoup. Elle s'est donc retrouvée avec un ptiit réseau justement, dans cette formation-là de communication, où elle a commencé à comprendre que y'a des choses que moi je faisais qui n'étaient pas correctes, mais que des fois elle aussi faisait des choses qui n'étaient pas correctes. Qui n'étaient pas nécessairement bien (Madame Colombe).

Intervieweuse: Avez-vous des fois l'impression que votre famille ne comprend pas ce que vous vivez? Madame Cygne: Ben euh, ma mère plus, elle a suivi pas mal de cours à l'Éclusier. Pi euh ma mère plus, j'ai l'impression que ma mère a comprend plus ce que je vis que mon père, qui lui

s'est pas intéressée pentoute à ma maladie comme ma mère. Ma mère elle s'intéresse pas mal, elle a suivi des cours en psychologie, pis euh...elle a essayé de mieux me comprendre j'imagine là (Madame Cygne).

Selon les participants, le fait que leur membre de famille ait développé des connaissances en lien avec la maladie mentale fait en sorte qu'il est plus ouvert et porte moins de jugements. Les propos de Madame Colombe relatent ces changements observés suite à la formation de gestion des comportements agressifs :

Intervieweuse: Donc vous sentez que la communication est plus facile (...). Madame Colombe: Oui, plus facile. Intervieweuse: Pour quelles raisons pensez-vous que la communication est plus facile? Madame Colombe: Parce qu'elle est plus ouverte, parce qu'elle est plus renseignée sur différentes choses. La maladie c'est moins tabou (Madame Colombe).

Finalement, pour certains participants, le fait que leur membre de famille ait développé des compétences et des habiletés de communication lors des situations conflictuelles permet de gérer l'agressivité :

Elle ne tombe plus dans mes pièges, parce que moi je peux prendre des petits détours pour arriver à la confronter, fac euh elle me voit venir, elle peut comprendre ça (rires) (Monsieur Héron).

Intervieweuse: Pouvez-vous m'expliquer davantage comment la formation a fait une différence pour elle. Madame Mésange : Ben je sais qu'elle a moins peur, elle connaît plus ses limites qu'avant tsé, pi elle sait que si je suis en crise pi que je pette quelque chose ben elle vient pas à côté de moi pour essayer de me prendre dans ses bras pi que je pourrais faire quelque chose. Tsé euh, je sais que ce n'est pas pour me guérir qu'elle a fait ça, je sais qu'elle euh ça l'a changé elle, parce que justement elle a moins peur, elle a plus confiance. Pi elle sait plus quoi faire, elle se sent plus en contrôle. Je sais pas si elle l'est plus, mais elle se sent plus en contrôle (Madame Mésange).

Les traitements de la maladie

Ce concept fait référence aux suivis médicaux, à la médication, au service de soutien reçu dans la communauté que la personne respecte ou non dans le passé ou actuellement. Tous les participants rencontrés au cours des entrevues sont suivi par une équipe externe spécialisée en santé mentale. Certains ont mentionné qu'ils suivaient une thérapie individuelle avec un psychologue ou

de groupe. L'analyse des entrevues relativement aux traitements de la maladie a fait ressortir que tous les participants étaient observant à leur médication et à leurs suivis médicaux. Certains des participants ont toutefois affirmé ne pas avoir toujours été observant au traitement médical par le passé. Pour la majorité d'entre eux, le fait d'être soutenue par une équipe multidisciplinaire et de prendre régulièrement une médication permet de stabiliser leur condition mentale. Les propos de Monsieur Loiseau décrivent cette amélioration au niveau de la condition mentale :

Intervieweuse: Et quelles améliorations voyez-vous dans votre état depuis la prise régulière de médicaments? Monsieur Loiseau: J'ai moins de sautes d'humeur, mais à part ça je ne vois pas grand-chose changée (Monsieur Loiseau).

Par ailleurs, la majorité des participants n'ont pas observé de changements dans leurs comportements face aux traitements de la maladie suite à la formation de gestion des comportements agressifs reçue par leur membre de famille à l'exception de Madame Colibri :

Intervieweuse: Le fait que les attitudes de votre mère ont changées à votre égard, est-ce que cela a eu des répercussions sur vous personnellement, par exemple sur les suivis médicaux ou les symptômes de votre maladie? Madame Colibri: Oui parce que en étant moins stressée, elle me laisse plus le contrôle de mes démarches. Pi ça ça allait mieux. Parce que au lieu d'imposer des choses ben la ça venait de moi (Madame Colibri).

Intervieweuse: Concernant justement vos suivis médicaux, votre médication, est-ce que vous sentez que votre motivation ou votre envi à le suivre a changé depuis que votre mère a suivi la formation? Madame Colibri: Bien elle comprend plus les effets secondaires, parce qu'elle s'informe plus au sujet de la médication. Donc quand je lui disais j'ai tel symptôme, ça va pas...au départ elle avait des réticences en disant «je suis pas sur que tu me dis la vérité». Elle ne me croyait pas nécessairement (Madame Colibri).

Les symptômes de maladie

Ce dernier thème fait référence à l'ensemble des symptômes de maladie que la personne a manifesté dans le passé ou manifeste actuellement.

La majorité des personnes ayant participé aux entrevues affirment avoir présenté des symptômes de maladie mentale ayant un impact dans leurs relations interpersonnelles, soit des

sautes d'humeur, des idées suicidaires, une difficulté à gérer les émotions douloureuses et des comportements d'automutilation.

Intervieweuse: Donc vous ressentiez quoi comme symptômes mis à part les idées suicidaires? Madame Colibri: Une extrême fatigue, j'étais plus capable de travailler, j'avais juste envie de pleurer pi je pleurais beaucoup aussi à ce moment-là. Intervieweuse: Et au niveau de vos émotions? Madame Colibri: Ben les émotions étaient à fleur de peau, pi euh il y a eu aussi à ce moment-là de l'automutilation que j'avais jamais vécu dans ma vie avant, c'était jamais arrivé (Madame Colibri).

Intervieweuse: Et vous comment ça se manifestait la bipolarité? Madame Colibri: Ben c'est ça c'est que t'as des high pi après t'as des gros down. Beaucoup beaucoup de travail, des contrats qui allaient très biens jusqu'à ce qu'à un moment donné tu flanche. Intervieweuse: Et c'est à ce moment que vous tombiez dans des états de déprime? Madame Colombe: Oui des déprime surtout au travail, parce que c'est important pour moi. Intervieweuse: Et lorsque vous étiez plus high ça ressemblait à quoi? Madame Colombe: Ça ressemblait à une personne très très très active, très...qui en faisait beaucoup, qui en faisait peut-être même trop, et qui explose à un moment donné. Ça m'a occasionné beaucoup de problèmes au travail, des problèmes financiers et avec mon entourage (Madame Colombe).

Intervieweuse: Lorsque vous avez rencontré votre psychiatre il vous a sûrement expliqué ce qu'est le TPL? Monsieur Héron: Oui. Intervieweuse: Dans ce qu'il vous a parlé, qu'est-ce que qui vous ressemblait? Monsieur Héron: Des sautes d'humeur, difficulté à gérer mes émotions (...) c'était surtout ça (Monsieur Héron).

Intervieweuse: Avez-vous un suivi en psychiatrie? Madame Cygne: Oui, je suis suivi en psychiatrie. Je suis schizophrène supposément là (...) mais moi j'vois pas ça comme ça ben ben. Moi les voix que j'entends, j'y crois. Mais là je les entends pu là. Intervieweuse: C'était quoi les voix que vous entendiez? Madame Cygne: J'entendais des voix qui me disaient des affaires que je pouvais pas savoir la tsé. Intervieweuse: Vous ne compreniez pas ce que les voix vous disaient? Madame Cygne: Oui, oui je comprenais ce que les voix me disaient, mais ce qu'elles me disaient c'était juste, c'était impossible que je sache ça. C'était des choses qu'il me disait que j'avais pas à savoir tsé (...) pi euh des choses tsé euh, en tout cas des choses que j'avais pas à savoir. Mais tsé moi je crois que c'est des voix d'en haut, des gens d'en haut qui me parlaient. Mais là j'en entends plus. Intervieweuse: Depuis combien de temps? Madame Cygne: Depuis probablement la naissance de mon enfant, j'ai fait une dernière psychose (Madame Cygne).

Trois des huit participants rencontrés ont affirmé avoir déjà eu ou avoir actuellement des problèmes de toxicomanie. Les propos de Monsieur Pigeon décrivent cette problématique :

Intervieweuse: Et depuis un an au niveau de la gestion de la médication, des psychoses est-ce que vous trouvez que ça va mieux? Monsieur Pigeon: C'est pareil. J'prends toujours beaucoup de speed. La consommation a fait toujours des up and down (Monsieur Pigeon).

Les participants rencontrés ont manifesté, par le passé, des symptômes de décompensation de maladie mentale ayant eu un impact sur différents aspects de leur vie tels que les relations familiales, la vie professionnelle, la condition financière et l'autonomie. Les personnes atteintes ayant participé aux entrevues sont toutes actuellement dans une phase de stabilité de la maladie. Selon ces derniers, le fait que leur membre de famille ait reçu une formation de gestion des comportements agressifs n'a pas eu d'impact sur la symptomatologie associée à leur diagnostic de trouble mental.

L'analyse des données qualitatives a permis de dégager cinq thèmes principaux soit : 1. les causes de l'agressivité; 2. l'expression de l'agressivité; 3. la gestion de l'agressivité; 4. l'observance aux traitements de la maladie; et 5. les symptômes de maladie. En résumé, ce chapitre a permis de dégager les résultats quantitatifs et qualitatifs de la présente étude qui vise à décrire les perceptions de personnes atteintes de troubles mentaux relativement aux caractéristiques du cycle de rechute suite à une formation de gestion des comportements agressifs adaptée par et pour leurs membres de familles.

Six constats peuvent être formulés au terme de cette analyse mixte. Premièrement, il semble que la majorité des sujets présentent des symptômes de type dépressifs/ niveau de fonctionnement et dans les relations avec les autres. Deuxièmement, il ressort autant des données quantitatives que qualitatives de cette étude que l'agressivité se manifeste surtout verbalement au sein des familles. Troisièmement, les personnes atteintes de troubles mentaux ayant participé à cette étude perçoivent l'agressivité de façon négative et pensent que leur membre de famille en est souvent la cause. Quatrièmement, il semble que suite à la formation reçue par et pour les membres de famille, les proches atteints ont noté une diminution de l'agressivité dans leur relation ainsi qu'une amélioration du climat familial. Il semble donc que la formation donnée aux membres de famille contribue à l'amélioration de la dynamique familiale lorsque les liens d'intimité ont été maintenus.

Cinquièmement, les personnes atteintes ont perçu plusieurs changements dans les attitudes et les comportements de leur membre de famille permettant de mieux gérer les situations de crise vécue à domicile. En dernier lieu, les données descriptives relatives à l'échantillon de la présente étude révèlent que les membres de famille aidés sont majoritairement des femmes. Le chapitre suivant présentera une discussion simultanée des résultats quantitatifs et qualitatifs obtenus.

Chapitre 6
Discussion

Ce dernier chapitre inclut la portée, l'interprétation et la discussion des résultats quantitatifs et qualitatifs. Il sera présenté en six sections distinctes. Premièrement, la qualité de l'échantillon obtenu sera discutée ainsi que les variables sociodémographiques. Deuxièmement, les principaux constats issus de l'analyse des résultats seront présentés. Puis, une discussion portant sur les relations entre les variables clés (la condition mentale, la perception de l'agressivité et le fonctionnement familial), les variables significatives et les thèmes émergents de l'analyse qualitative, en tenant compte du modèle de Fresan et al. (2007), cadre conceptuel retenu pour la présente recherche seront discutées. Par la suite, les limites et les forces de cette étude seront traitées. Finalement, la contribution à l'avancement des connaissances en sciences infirmières et les recommandations issues de ce travail seront présentées.

6.1 Description de l'échantillon, des participants aux entrevues et des variables sociodémographiques

Inspiré du modèle conceptuel de Fresan et al. (2007), le but de cette étude était de décrire et d'analyser les perceptions de personnes atteintes de troubles mentaux relativement aux caractéristiques du cycle de rechute suite à une formation de gestion des comportements agressifs adaptée par et pour leurs membres de familles. À l'aide d'un devis mixte, il a été possible d'interroger 25 participants à l'aide de questionnaires auto-rapportés et huit participants par des entrevues individuelles semi-dirigées. Cet échantillon a permis d'analyser les perceptions de

personnes atteintes de troubles mentaux au regard d'une formation sur la gestion des comportements agressifs ayant été dispensée à leur membre de famille. L'échantillon du volet quantitatif de cette étude comprend 25 personnes atteintes de troubles mentaux dont le membre de famille a reçu la formation de gestion des comportements agressifs soit à l'hiver 2012, à l'automne 2012, à l'hiver 2013 ou à l'automne 2013. De ce nombre, huit personnes ont participé à des entrevues individuelles pour le volet qualitatif de cette étude. Il apparaît que l'échantillon provenant des questionnaires sociodémographiques est relativement petit. Effectivement, comme l'échantillon comptait moins de 30 sujets, il a seulement été possible de réaliser des analyses descriptives de type *T-Test* (Daniel, 2008). Toutefois, la clientèle visée par ce projet de recherche, soit des personnes atteintes de troubles mentaux n'est pas facile à recruter, d'autant plus que deux consentements ont dû être obtenus, soit celui du participant et celui de son membre de famille ayant reçu la formation de gestion des comportements agressifs. Par ailleurs, le fait que cette étude ait un devis mixte permet d'approfondir davantage le contenu des données et d'assurer la qualité des résultats. De plus, la variété des sujets de même que la saturation des données pour le volet qualitatif a permis à l'étudiante chercheuse de tirer des conclusions pertinentes et ainsi répondre au but recherché par la présente étude.

L'âge moyen des participants était assez jeune, soit de 32,71 ans. Concernant le sexe des participants, l'échantillon des 25 personnes atteintes était majoritairement composé d'hommes, soit 64% et relativement au statut socioéconomique des participants, 80% ont mentionné avoir des revenus inférieurs à 20 000\$ annuellement. De plus, 48% de l'échantillon se considérait pauvre ou très pauvre. Aussi, 44% des répondants avaient un niveau de scolarité secondaire ou inférieur, alors que seulement 20% détenaient un diplôme de grade universitaire. Le questionnaire de données sociodémographiques a également révélé que près de la moitié de l'échantillon habitait dans le

même domicile que leur membre de famille ayant reçu la formation de gestion des comportements agressifs.

Ces résultats sont similaires aux études recensées (Anderson & al., 2004 ; Cannon et al., 2002); Elbogen & Johnson, 2009 ; Flannery, Fisher, Walker, Kolodziej, & Spillane, 2000; Scott & Resnick, 2006 ; Swanson et al., 2002; Van Dorn, Volavka, Johnson, 2012 ; Witt, Van Dorn, & Fazel, 2013) concernant les facteurs de risques sociodémographiques associés avec une plus grande occurrence de comportements agressifs. Effectivement, le fait d'être jeune, de sexe masculin, d'être peu scolarisé, et d'avoir une situation financière précaire sont des caractéristiques individuelles qui augmenteraient significativement le risque de commettre un acte de violence. Cette similitude entre les données empiriques et celles obtenues dans l'échantillon de la présente étude porte à croire que les participants étaient plus à risque de manifestations agressives ou en avaient déjà présentées, puisque leur membre de famille a participé à une formation de gestion des comportements agressifs.

Les résultats obtenus en ce qui a trait à la situation domiciliaire des répondants ressemblent à l'étude de Solomon, Cavanaugh, et Gelles (2005), qui rapporte que 50% des personnes atteintes de troubles mentaux vivant dans la communauté vivent dans le même logement que leur membre de famille.

Enfin, les résultats de cette étude en ce qui concerne le membre de famille des personnes atteintes recrutées pour les entrevues individuelles ayant suivi la formation sont majoritairement des femmes ce qui concorde avec les études recensées (Jungbauer, Wittmund, Dietrich, & Angermeyer, 2003; Lauber, Eichenberger, Luginbühl, Keller, & Rössler, 2003; Thompson, 2007; Weimand & al., 2010). Ainsi, dans un contexte où les femmes assument plus souvent le rôle d'aidant auprès d'une personne malade que les hommes, il n'est pas étonnant que ces dernières aient davantage participé à la formation de gestion des comportements agressifs.

6.2 Discussion et interprétation des résultats obtenus en regard de l'état actuel des connaissances

Dans cette section, une discussion sur les données quantitatives et qualitatives issues de l'analyse des résultats sera présentée. Il s'agit ici d'interpréter les résultats provenant de deux types de collecte des données (questionnaires auto-administrés et entrevues individuelles) simultanément et ce, en tenant compte des études empiriques préalablement retenues. Pour mieux comprendre les changements ayant pu s'effectuer aux seins des familles recrutées, les résultats seront présentés en suivant les étapes du cadre conceptuel de la présente recherche relativement au phénomène cyclique de la rechute des personnes atteintes de maladie (Fresan & al., 2007). Cette façon d'interpréter les résultats de cette étude semble tout à fait pertinente, puisqu'elle permettra de regrouper les données par thématiques et offrir un regard plus approfondi concernant les perceptions des personnes atteintes de maladies mentales dont le membre de famille a reçu la formation de gestion des comportements agressifs. La figure 1 présentée au chapitre 1 de ce mémoire décrit le modèle de cette recherche et propose ainsi quatre regroupements de thématiques principales, soit: 1. la phase active de la maladie; 2. l'occurrence de comportements agressifs et violents; 3. le fonctionnement familial; et 4. la non-observance au traitement médical. Finalement, la dernière section portera spécifiquement sur les changements observés par les participants suite à la formation de gestion des comportements agressifs reçue par leur membre de famille.

6.2.1 La phase active de maladie

Afin d'évaluer la condition mentale et la symptomatologie des participants de cette étude, l'outil *Basis-24* a été utilisé dans le questionnaire auto-administré. Les symptômes de maladie mentale ont également été explorés durant les entrevues individuelles avec les huit participants. Dans un premier temps, la comparaison entre les résultats au score global du *Basis-24* et aux symptômes

verbalisés par les sujets durant les entrevues révèlent que les personnes rencontrées étaient majoritairement dans un état stable de leur maladie. Effectivement, les participants présentaient des symptômes relativement modérés et parlaient des symptômes de décompensation de maladie mentale au passé. De plus, durant les entrevues, plusieurs des participants ont affirmé qu'ils géraient maintenant bien leur maladie et faisaient preuve d'autocritique par rapport à la compréhension de leur diagnostic. Ces données, relatives à l'état clinique des patients peuvent s'expliquer de deux façons : 1. d'une part les membres de familles qui ont donné leur consentement pour que l'étudiante-chercheuse communique avec leur proche atteint jugeaient que leur proche était dans un état assez stable pour qu'il participe à la présente étude et, inversement, les membres de familles ayant refusé affirmaient généralement que leur proche, encore fragile ou instable, réagirait mal à l'idée de se soumettre à une étude; 2. d'autre part, il est attendu que les patients recrutés dans la communauté soient cliniquement assez stables, ce qui constituait d'ailleurs un critère d'inclusion pour l'échantillon de cette étude.

Les diverses analyses encourues par le présent projet ont également permis de préciser le type de symptômes présentés par les participants. Il ressort des analyses au *Basis-24* que la majorité des participants recrutés présentaient des symptômes dépressifs, des difficultés dans le niveau de fonctionnement, une labilité émotionnelle et des troubles relationnels. Ainsi, peu de répondants présentaient des symptômes psychotiques ou un trouble relié à l'abus de substances. Il importe de mentionner que l'outil *Basis-24* permet uniquement de préciser l'étendue des symptômes de maladie mentale présentés par les répondants sans toutefois indiquer clairement le diagnostic médical (Eisen et al., 2010). Il est donc possible, que plusieurs patients ayant participé à cette étude souffrant d'un trouble psychotique, stable au moment de cette étude, aient répondu ne pas ressentir de symptômes de décompensation. Par ailleurs, les entrevues individuelles reliées au volet

qualitatif de cette étude ont permis d'établir le diagnostic spécifique des huit personnes atteintes et ainsi appuyer la qualité des données quantitatives reliées au *Basis-24*. Effectivement, les personnes atteintes interviewées ont pour la plupart affirmé être atteintes des diagnostics suivants : 1. trouble de la personnalité limite; 2. maladie affective bipolaire; et 3. dépression majeure.

D'une part, ces résultats se distinguent des études recensées qui soulignent que les patients ayant un diagnostic de schizophrénie associé à des symptômes psychotiques sont plus à risque que les patients ayant d'autres type de diagnostics de commettre des gestes de violence (Anderson & al., 2004; Estroff, Zimmer, Lachicotte, & Benoit, 1994; Flannery & al., 2000; Swanson, 1994; Swanson, Borum, Swartz & Monahan, 1996; Witt & al., 2013). Dans le même sens, les études retenues dans la littérature mentionnaient que les problèmes de toxicomanie chez les personnes atteintes de troubles mentaux représentaient un facteur de risque important aux comportements agressifs (Elbogen & Johnson, 2009; Steadman et al., 1998; Swanson & al., 1996; Swartz et al., 1998; Van Dorn, Williams, Del-Colle, & Hawkins, 2009; Volavka & Swanson, 2010; Witt & al., 2013). Il importe toutefois de souligner que l'échantillon de cette étude qui était de 25 sujets, est petit, ce qui peut avoir une influence quant à la représentativité de la population générale. De plus, la schizophrénie est beaucoup plus rare que les troubles de l'humeur soit 0,3 %, comparativement à 4,5 % pour la dépression majeure (Agence de la santé publique du Canada, 2012).

D'autre part, la présence d'un trouble psychotique chez un patient ne semble pas être le seul diagnostic ayant un impact sur la fréquence des comportements agressifs perpétrés. Effectivement, Anderson et al. (2004) affirment qu'un diagnostic de trouble de l'humeur ou de la personnalité limite augmenterait aussi le risque de violence en raison de certains symptômes tels que l'augmentation de l'estime-de-soi, l'irritabilité, l'impulsivité, le jugement faible, la manipulation,

les traits antisociaux et l'instabilité émotionnelle. De plus, le fait que l'échantillon de cette étude présente davantage des symptômes associés au trouble de la personnalité limite (automutilation, labilité émotionnelle et troubles relationnels) concorde avec le fait que cette clientèle est rarement hospitalisée ou seulement hospitalisée pour de courts séjours à l'urgence. Effectivement, il est reconnu que l'hospitalisation est une option thérapeutique de dernier recours pour les personnes atteintes d'un trouble de la personnalité limite, car les milieux de soins sont propices à la survenue de problèmes comportementaux ne favorisant pas leur rétablissement (manipulation, agressivité, anxiété sévère, clivage, etc.) (Varcolis & Halter, 2009). Le milieu communautaire est donc favorisé par les professionnels de la santé, mais cette clientèle est souvent marginalisée par les services actuellement implantés, faisant en sorte que les membres de famille doivent gérer par eux-mêmes les fluctuations de la maladie de leur proche atteint.

6.2.2 L'occurrence de comportements agressifs et violents

Les données quantitatives issues de l'outil POAS de même que l'analyse des données qualitatives provenant des entrevues semi-dirigées a permis de dresser un portrait de l'expression de l'agressivité telle que perçue par les personnes atteintes de troubles mentaux recrutées. Dans un premier temps, les différentes échelles du POAS ont permis de constater que les agressions verbales sont la manifestation de l'agressivité la plus exprimée selon les participants. Ces résultats vont de pair avec ce que les participants rencontrés au cours des entrevues ont verbalisé. Effectivement, les personnes atteintes mentionnaient que l'agressivité exprimée au sein de leur famille prenait surtout la forme de discussions houleuses, de désaccords, d'engueulades et de tensions. Il est également possible que ces résultats soient dus au fait qu'il soit plus socialement acceptable d'être agressif verbalement que physiquement.

Dans un deuxième temps, les analyses qualitatives ont permis d'associer significativement le score global obtenu par le *Basis-24* sur la condition mentale et l'occurrence de comportements agressifs de type agression verbale. Ces résultats concordent avec ce que les participants ont verbalisé durant les entrevues. Effectivement, les personnes atteintes rencontrées mentionnaient qu'il y avait beaucoup d'agressivité verbale au sein de leur famille alors qu'elles présentaient des symptômes de maladie ou qu'elles n'étaient pas diagnostiquées et traitées.

Dans un troisième temps, il est ressorti de l'analyse des résultats une association significative entre les comportements agressifs de type agression physique contre soi et agressions verbales.

En terminant, l'analyse des résultats obtenus par le POAS révèlent une association significative entre les comportements agressifs de type agression non-verbale contre les autres et agression physique contre les autres avec les symptômes reliés à l'utilisation de substances obtenus au *Basis-24*. Ainsi, même si cet échantillon n'est majoritairement pas composé de personnes ayant un trouble lié à l'utilisation de substance, il semble que celles présentant ces symptômes présentent davantage de comportements agressifs contre les autres. Ces données concordent avec les études recensées dans la littérature scientifique en lien avec le risque plus important d'occurrence de comportements agressifs perpétrés par les personnes atteintes de troubles mentaux ayant des problèmes de dépendance (Elbogen & Johnson, 2009; Steadman et al., 1998; Swanson & al., 1996; Swartz et al., 1998; Van Dorn, Williams, Del-Colle, & Hawkins, 2009; Volavka & Swanson, 2010; Witt & al., 2013).

6.2.3 *Le fonctionnement familial*

Dans cette section, les résultats obtenus à l'aide du FAD seront discutés tout en faisant des liens sur les perceptions des personnes atteintes ayant participé aux entrevues quant au climat familial. De manière générale, les répondants de cette étude ont affirmé avoir un niveau de fonctionnement familial assez élevé. Le climat familial était également perçu comme étant positif par les participants rencontrés durant les entrevues individuelles. La majorité des personnes atteintes rencontrées lors des entrevues semi-structurées ont affirmé que leur relation avec leur famille s'était améliorée au fil des dernières années ou des derniers mois. Ces résultats peuvent s'expliquer de plusieurs façons.

Tout d'abord, les analyses ont révélé un lien significatif entre le score global au *Basis-24* et au FAD. Ainsi, moins les personnes atteintes présentaient de symptômes de décompensation de la maladie mentale, plus le fonctionnement familial était élevé. Les entrevues soutiennent cette constatation, puisque les personnes rencontrées ont mentionné qu'elles étaient maintenant stables au point de vue des symptômes psychiatriques et que les conflits avec leur membre de famille étaient alors moins présents. Aussi, comme les participants ont rempli le questionnaire auto-administré suite à la formation de gestion des comportements agressifs par le membre de famille, il est possible de croire que la formation ait eu un impact positif sur le climat familial en améliorant les rapports, ce qui soutient les résultats élevés au score global du FAD. Effectivement, les analyses qualitatives ont permis de spécifier comment les relations familiales s'étaient modifiées au fil du temps. Durant les entrevues, les personnes atteintes ont largement abordé la façon dont les conflits se manifestaient et se réglaient avant la formation. Dans la majorité des cas, la communication semblait être inefficace et perturbée. Les façons de régler les conflits étaient alors de soit les éviter, de ne pas parler de certains sujets tabous ou de mettre une distance physique. Les participants

mentionnaient que les tensions vécues avec leur membre de famille pouvaient alors escalader et ainsi provoquer l'apparition de comportements agressifs. Ces affirmations concordent avec les données recensées dans la littérature qui soutiennent que les membres de familles de personnes atteintes de troubles mentaux vivent un fardeau considérable, n'ont pas accès à des ressources d'aide et manquent ainsi d'habiletés face à la gestion de la maladie de leur proche (Doornbos, 2001; Epstein, Baldwin, & Bishop, 1983 ; Estroff & al., 1994; Harris, 2007; Thompson, 2007; Van Dorn & al., 2009; Wright & Leahey, 2007). D'ailleurs, l'analyse des entrevues a permis de constater que les personnes atteintes avaient l'impression que leur membre de famille ne comprenait pas leur situation personnelle soit en ne faisant pas preuve d'écoute, en leur disant quoi faire ou en les jugeant. Plusieurs personnes rencontrées affirmaient que leur membre de famille faisait preuve d'incompréhension ou manquait de connaissances face à la maladie. Cela va de pairs avec les études recensées portant sur les programmes de psychoéducation pour les membres de famille de personnes atteintes de maladie mentale. Selon les études recensées dans la littérature, les interventions de type psychoéducative destinées aux membres de famille de personnes atteintes de troubles mentaux permettent de réduire le risque de ré-hospitalisation, diminuent l'apparition de symptômes de décompensation et améliorent le climat familial (Carrà, Montomoli, Clerici & Cazzulo, 2007; Dixon et al., 2001; Falloon & al., 1984; Hoult, 1986; Jonhson et al., 2005; Justo & al., 2009; Murphy & al., 2012; Pharoah & al., 2012; Savage & al., 2011; Stam & Cuijpers, 2001). De plus, le fait qu'il y ait à l'heure actuelle peu de programmes de formation adaptés sur la gestion des comportements agressifs soutient le fait que les familles sont peu outillées en situation de crise et que, de leur côté, les personnes atteintes aient la perception que leur membre de famille n'agit pas adéquatement à leur endroit. Le modèle retenu par cette étude, celui de Fresan et al. (2007), poursuit cette idée en affirmant que l'environnement familial, qui peut être stressant autant par la personne atteinte que par le membre de famille est un facteur considérable quant au risque de

comportements agressifs. D'ailleurs, les personnes atteintes de troubles mentaux rencontrées durant les entrevues ont verbalisé qu'il était parfois préférable de prendre une distance avec leur famille, afin d'éviter des tensions et prévenir l'apparition de conflits. La présente recherche corrobore donc les études préalablement recensées par le fait que la qualité des liens familiaux peut à la fois être un facteur déclencheur de comportements agressifs et, à la fois, un facteur de protection à une éventuelle rechute de la maladie.

Par ailleurs, malgré les scores élevés au FAD révélés par les analyses quantitatives, les analyses qualitatives ont fait ressortir que l'agressivité et les conflits au sein des familles étaient auparavant plus présents. Selon les perceptions des personnes atteintes recrutées, cette agressivité était causée par un ensemble de comportements et d'attitudes de la part de leur membre de famille. Effectivement, les huit participants rencontrés percevaient leur membre de famille comme étant la cause de l'agressivité. Les participants ont effectivement parlé des comportements intrusifs ou contraignants que pouvaient manifester leur membre de famille, ce qui déclenchait des conflits importants. Selon les personnes atteintes de maladies mentales rencontrées, l'intrusion faisait référence à diverses attitudes de la part de leur famille telles que le fait de prendre des décisions à la leur place, de juger leur mode de vie ou leurs choix, de leur dire comment ils devraient agir, de poser trop de questions et de s'immiscer dans leur intimité ou dans la gestion de leur maladie. Ces affirmations viennent confirmer les résultats obtenus par le POAS révélant que les participants avaient majoritairement une perception négative de l'agressivité. Les résultats de la présente étude relativement à la qualité des relations entre la personne malade et son proche aidant vont de pair avec l'étude de Estroff et al. (1994) qui a révélé que la perception subjective de la personne atteinte de trouble mental de sa situation familiale était un facteur prédictif significatif de la violence. Les résultats discutés ci-haut relativement au climat familial concordent également avec les études

traitant des familles ayant des hauts niveaux d'émotions exprimées (critiques, intrusion, patterns de communication négatifs) qui peut être un facteur de rechute pour les personnes atteintes de troubles mentaux (Amaresha & Venkatasubramanian, 2012; Pharoah et al., 2012). Ainsi, à travers les résultats de cette étude, il est possible de dire que les membres de familles jouent un rôle crucial dans la prévention de la rechute et le rétablissement de leur proche atteint et ce, par la qualité des relations, la communication, leur compréhension de la maladie et leur adaptabilité face au stress et aux fluctuations des symptômes.

6.2.4 La non-observance au traitement médical

Il ressort de l'analyse des questionnaires auto-rapportés que la majorité des participants de cette étude n'ont pas observé de changements dans leur capacité à respecter leurs traitements médicaux (médication, rendez-vous, groupes thérapeutiques, etc.) depuis que leur membre de famille a suivi la formation de gestion des comportements agressifs. Ces résultats quantitatifs concordent avec les propos des personnes rencontrées durant les entrevues qui ont toutes affirmé respecter leurs traitements. Ces résultats se distinguent des études recensées qui soutiennent que la non-observance au traitement médical, chez les personnes atteintes de troubles mentaux, augmenterait le risque de comportements agressifs ou violents (Elbogen & Johnson, 2009; Pilgrim & Rogers, 2003; Scott & Resnick, 2006; Swartz & al., 1998, Torrey, 2011; Witt & al., 2013). De plus, les résultats de la présente étude indiqués plus haut se distinguent de l'étude de Pharoah et al. (2012) qui a révélé que l'application d'une intervention familiale de plus de 12 mois encouragerait l'adhérence à la médication des patients. Toutefois, il faut souligner que la formation dont il est question dans ce projet de recherche aborde uniquement le thème de l'agressivité avec les membres de famille (définition de l'agressivité, causes, stratégies de prévention et de gestion des crises, etc.)

au contraire des interventions de type psychoéducatives recensées qui prévoient des enseignements sur les traitements pharmacologiques. Ainsi, le but premier de la formation de gestion des comportements agressifs n'était pas de favoriser l'observance au traitement. Toutefois, compte tenu du modèle de Fresan et al. (2007) utilisé comme trame de fond à la présente étude, il apparaissait pertinent de rendre compte des perceptions des personnes atteintes quant aux effets indirects de la formation sur l'observance au traitement, même s'ils ne sont pas majeurs. De plus, les résultats de la présente étude ont révélé que les sujets présentaient peu de comportements agressifs au moment où ils ont participé, ce qui laisse croire que ces derniers adhéraient déjà à leurs traitements, ce qui diminue la fréquence d'agressivité. Ces affirmations concordent effectivement avec deux études conduites aux États-Unis, portant sur l'évaluation des effets de programmes de suivi systématique pour les patients atteints de troubles mentaux dans la communauté (Institut Nationale de Santé Mentale, 2005, cité dans Torrey, 2011) ayant révélées que les interventions permettant d'assurer une prise régulière de la médication psychiatrique chez des patients habituellement non-observants diminuaient significativement le risque de violence.

6.2.5 Les changements perçus par les personnes atteintes suite à la formation de gestion des comportements agressifs reçue par leur membre de famille

Dans cette section, une discussion relativement aux changements perçus par les personnes atteintes de troubles mentaux depuis que leur membre de famille a suivi la formation de gestion des comportements agressifs sera présentée.

Les résultats de cette étude démontrent que la majorité des participants ont observé une diminution de l'agressivité de même qu'une amélioration du climat familial suite à la formation de

gestion des comportements agressifs suivie par leur membre de famille. Afin d'évaluer la qualité des relations familiales, les sujets ont répondu au *FAD* dans les questionnaires auto-administrés, après que leur membre de famille ait suivi la formation, et il s'est avéré que le niveau de fonctionnement familial était élevé. Poursuivant l'idée que les membres de familles de personnes atteintes de troubles mentaux jouent un rôle crucial dans la détection des fluctuations de la symptomatologie, que si l'environnement dans lequel gravitent la famille et le proche atteint est amélioré, cela permettrait d'améliorer les chances de rétablissement de la personne malade (Fresan & al., 2007; Justo & al., 2009), les résultats indiqués ci-haut sont similaires aux études recensées portant sur l'évaluation d'interventions familiales. Les résultats des différents modèles d'interventions familiales évalués à ce jour (programmes portant sur l'enseignement de la maladie, des symptômes et de la médication, le soutien et l'écoute, la gestion et la résolution des problèmes de la vie courante, les services de références vers des ressources alternatives, ainsi que l'exploration de techniques améliorant la communication) révèlent que les taux d'hospitalisation des patients étaient diminués, que le risque de rechute était diminué, que les interventions allégeaient le sentiment de fardeau des familles et amélioraient le niveau de fonctionnement social de la personne atteinte (Dixon et al., 2001; Justo & al., 2009; Pharoah & al, 2012). Par ailleurs, il est à noter que les interventions évaluées dans ces études ne portaient pas spécifiquement sur la gestion des comportements agressifs comme c'est le cas dans la présente recherche. De plus, les études recensées ne se sont pas intéressées à la perception des personnes atteintes dans l'évaluation des effets des interventions psychoéducatives pour les familles. Une seule étude recensée s'est intéressée à la satisfaction des patients et de leurs membres de famille de même qu'à l'occurrence de comportements agressifs et cette dernière diffère en partie des résultats de la présente recherche. En effet, Houlst (1986) révélait deux constats principaux entre les groupes témoin et celui de l'équipe spécialisée en résolution de crise de son étude: 1. il n'y avait pas de différences

significatives pour la fréquence des comportements agressifs, et 2. les membres de familles recrutées ont mentionné n'être toujours pas en mesure à faire face aux situations de crise 12 mois après que l'étude ait débutée. Par ailleurs, l'étude de Houtt soutenait que les patients et leurs proches étaient davantage satisfaits dans les groupes d'intervention (équipes de résolution de crises) que dans les groupes témoin (soins usuels) et que les patients ayant reçu les services de l'équipe de soutien lors des situations de crise présentaient moins de symptômes d'agitation et d'autres symptômes de décompensation. Deux études recensées de type méta-analyses (Murphy & al., 2012; Savage & al., 2011) se sont intéressées plus spécifiquement aux études expérimentales évaluant l'efficacité des interventions de gestion des situations de crise. Ces interventions ont montré différentes améliorations et bienfaits pour les patients atteints de troubles mentaux allant de pair avec les résultats de la présente étude, soit une diminution substantielle des ré-hospitalisations et une stabilisation des symptômes de maladie trois mois après l'introduction d'une équipe de résolution de situations de crise. Par ailleurs, ce type d'intervention n'est pas uniquement dirigé à l'intention des membres de famille de personnes atteintes de troubles mentaux.

À l'aide des entrevues menée auprès des huit personnes atteintes recrutées, il a été possible de préciser davantage la nature des changements s'étant opérés au sein des familles et ainsi rendre compte des effets de la formation de gestion des comportements agressifs. Pour la majorité des participants, il a été constaté une amélioration du climat familial, une diminution des conflits et de l'agressivité. Pour la majorité des participants, des changements dans les attitudes et les comportements de leur membre de famille ont été perçus ayant pour effet d'améliorer leur relation. Une dimension importante ayant émergé des entrevues est celle de l'amélioration de la communication perçue comme un facteur important à la gestion de l'agressivité. L'ensemble des personnes rencontrées mentionnait que l'attitude de leur membre de famille à leur égard avait

changée; ces derniers faisaient davantage preuve d'écoute active, d'empathie, de patience et d'ouverture. Ainsi, le comportement des membres de famille tel que perçu par les personnes atteintes permettait une communication efficace, sans jugement et respectant les choix des sujets, ce qui prévenait l'agressivité verbale. Ces résultats concordent avec les fondements mêmes de la formation *OMÉGA* qui a été enseignée par et pour les membres de famille qui soutient l'importance d'être à l'écoute de la personne durant la crise en se centrant sur les émotions de l'autre.

Une autre dimension reliée aux changements observés par les personnes atteintes est celle de la distance, émotionnelle ou physique, perçue comme étant parfois nécessaire et positive. Lors des entretiens, les participants ont verbalisé qu'un changement s'étant opéré dans leur relation avec leur membre de famille suite à la formation permettant de mieux gérer l'agressivité était que ce dernier faisait moins preuve d'intrusion. Selon les sujets, le fait de diminuer les contacts physiques pouvait être bénéfique, car les moments où ils se voyaient étaient alors davantage de qualité. La distance émotionnelle a été perçue par les personnes atteintes soit par le fait que leur membre de famille leur laisse prendre leur propre décision, n'essaie plus de s'introduire dans leur vie personnelle contre leur gré, critiquent moins leurs décisions ou mettent des limites plus claires. Ces données concordent d'une part avec le fait que les personnes atteintes rencontrées ont mentionné que l'intrusion était une cause fréquente d'agressivité au sein de la famille et, d'autre part, avec les principes de la formation *OMÉGA* enseignée, soit : 1. mettre des limites claires et précises, 2. compréhension de l'effet de nos propres comportements sur les comportements de l'autre, et 3. la seule personne que l'on peut changer est nous-même. De plus, selon les participants, il semble que l'amélioration du climat familial s'est ressentie en raison d'une capacité d'introspection de la part de leur membre de famille, ce qui s'ajoute aux changements perçus en lien avec la formation de gestion des comportements agressifs. Plusieurs sujets ont affirmés que leur membre de famille

prenait conscience de leur responsabilité dans les conflits, des progrès réalisés par leur proche atteint et des aspects positifs de la relation déjà en place.

Par ailleurs, malgré l'ouverture, l'écoute et l'amélioration notées par les personnes atteintes de la part de leur membre de famille, certaines ont mentionné qu'il était parfois nécessaire d'éviter d'aborder certains sujets de discussions ou certains problèmes, afin de prévenir une escalade d'agressivité. De leur côté, les personnes atteintes affirment que certains sujets demeurent tabous ou assujettis à des discordes et qu'il est parfois préférable de les éviter. Pour certains sujets rencontrés, il s'agira même de cacher certains aspects de leur vie personnelle qui pourraient être confrontants pour leur membre de famille. Ils verbalisent ainsi qu'il vaut mieux tenir le membre de famille à l'écart de leur intimité et ainsi éviter des tensions inutiles. Finalement, certains des participants ont affirmé que leur membre de famille en venait souvent à mettre fin à des discussions où une tension émotionnelle s'installait, pour reprendre le débat dans un moment où chacun des membres de la famille seraient plus calmes.

Toutefois, pour un des participants rencontré (Monsieur Rossignol), il semble que les changements observés depuis que son membre de famille ait suivi la formation de gestion des comportements agressifs n'aient pas été aussi concluant comparativement aux autres sujets. Lors de l'entretien, Monsieur Rossignol a souligné que l'agressivité, verbale ou physique, était toujours aussi présente au sein de sa famille. Il a mentionné que selon lui, sa mère n'était pas en mesure d'appliquer les principes de la formation : 1. elle n'arrivait pas à mettre ses limites; 2. abordait souvent des sujets avec ses fils qui causaient des tensions; et 3. disait souvent à ses enfants comment ils devraient vivre leur vie. Ainsi, malgré le fait que plusieurs des proches atteints rencontrés ont affirmé qu'ils avaient observé chez leur membre de famille une augmentation des connaissances

face à la maladie mentale, certaines difficultés subsistent quant à l'application même de la formation de gestion des comportements agressifs.

6.3 Forces et limites de l'étude

La principale force de cette étude est d'avoir appréhendé le but de cette étude, qui était de décrire et d'analyser les perceptions de l'agressivité, du fonctionnement familial ainsi que de l'observance au traitement médical de personnes atteintes de troubles mentaux suite à une formation de gestion des comportements agressifs adaptée par et pour leurs membres de familles avec une approche mixte. En effet, il a été possible de donner la parole aux personnes atteintes de troubles mentaux relativement à une formation destinée à leur membre de famille qui vise à prévenir la rechute de la maladie. Il s'agit d'une recherche sur une approche novatrice d'une formation créée pour et par des familles. Par ailleurs, le fait d'aller mesurer la perception du proche atteint dans une recherche sur l'agressivité constitue une force en soi. De plus, peu d'études ont décrit et analysé ce type de programme du point de vue des personnes atteintes. Ainsi, cette recherche a permis d'approfondir leurs perceptions quant aux changements mêmes observés au sein de leur famille. Cette recherche est donc cohérente avec une vision systémique de la discipline infirmière, puisque tous les acteurs gravitant autour de la personne atteinte de trouble mental pour son rétablissement ont été impliqués à la fois dans cette étude et dans le projet de Bonin et al. dans lequel elle s'insère. Finalement, une force de cette étude réside dans le fait que les sujets ont été interviewés par une étudiante qui œuvre activement à titre d'infirmière en psychiatrie (Clinique externe de psychiatrie des toxicomanies du Centre hospitalier de l'Université de Montréal), ce qui a pu contribuer au recrutement et à la qualité des confidences des patients.

Cette étude comporte toutefois certaines limites. Tout d'abord, puisque cette étude a été réalisée dans le cadre d'études de deuxième cycle, les limites de temps ont empêché l'étudiante-chercheuse de réaliser un devis pré-post test qui aurait permis de mesurer les effets de la nouvelle formation pour les membres de familles chez les personnes atteintes de troubles mentaux en deux temps de mesure. De plus, la généralisation des données qui seront recueillies n'est pas possible, en raison de : 1. le nombre de sujets recrutés relativement petit (n=25); et 2. le type de familles recrutées pour l'étude pourrait faire l'objet d'un biais de sélection. Finalement, la désirabilité sociale est une limite pour cette étude compte tenu des thèmes qui ont été abordés soit la violence, l'agressivité, les symptômes de maladie mentale, la consommation de drogues et la non-observance aux traitements médicaux. Les résultats de cette étude doivent donc être examinés avec prudence en raison de ce biais. Toutefois, les résultats de cette étude peuvent être considérés comme reflétant les perceptions des personnes atteintes de troubles mentaux ayant participé au regard de la formation de gestion des comportements agressifs reçue par leur membre de famille.

6.4 Contribution de l'étude à l'avancement des connaissances en sciences infirmières

Les résultats de cette étude contribuent à l'accroissement des connaissances relativement aux perceptions des personnes atteintes de troubles mentaux dont le membre de famille a suivi une formation de gestion des comportements agressifs. Jusqu'à présent, les études s'étaient majoritairement intéressées au nombre de ré-hospitalisations et aux symptômes de décompensation pour mesurer les effets de formations destinées aux familles des personnes atteintes. De plus, peu d'études se sont penchées sur le développement, l'implantation et l'évaluation de formations portant spécifiquement sur la gestion des comportements agressifs. Toutefois, mieux comprendre la perception des personnes atteintes de troubles mentaux quant aux changements mêmes ayant pu s'opérer depuis que leur membre de famille a suivi la formation n'a jamais fait l'objet de recherches

approfondies. Inspirée par le modèle de Fresan et al. (2007) et une perspective disciplinaire systémique, cette étude enrichit le projet de recherche plus vaste dans lequel elle s'insère et, par le fait même, permet de mieux saisir la perception des personnes atteintes de maladie mentale quant à la formation de gestion des comportements agressifs implantées. La compréhension du point de vue des personnes atteintes et utilisatrices de services s'avère pertinente et incontournable pour l'élaboration de programmes de première ligne visant à soutenir les familles assurant les soins de leur proche atteint d'une maladie mentale, dans un contexte où peu de recherches ont fait ce type d'évaluation (Dixon et al., 2001; Doornbos, 2001; Justo & al., 2009; Murphy & al., 2012; Pharoah & al., 2010; Savage & al., 2011). Aussi, il s'agit d'une approche de formation et de recherche novatrice qui s'inscrit dans le courant du rétablissement du client et de sa famille; l'ensemble des acteurs doivent être pris en compte dans le rétablissement de la personne atteinte de maladie mentale.

La notion de santé est un concept central de la discipline infirmière et fait partie intégrante des soins en psychiatrie. La santé mentale peut se définir comme étant «un état de bien-être dans lequel un individu peut se réaliser à son plein potentiel, peut gérer le stress vécu au quotidien, peut travailler productivement et ainsi contribuer à sa communauté» [Traduction libre] (Varcarolis & Halter, 2010, p.3). Ainsi, selon cette définition, le rétablissement d'une personne atteinte d'un trouble mental réfère à un ensemble de concepts subjectifs. Il va donc sans dire qu'en plus de facteurs environnementaux, les perceptions individuelles quant aux expériences vécues contribuent à leur sentiment de bien-être et de qualité de vie. De ce fait, en ayant une meilleure connaissance des perceptions des personnes atteintes de maladie mentale dans le développement de formation pour la prévention de la rechute, l'infirmière sera mieux outillée pour répondre aux besoins des clients et de leurs familles.

Un résultat important de cette étude est la composante «causes de l'agressivité» perçue par les personnes atteintes de troubles mentaux durant les entrevues individuelles. Selon leurs perceptions, les personnes atteintes expliquent leur agressivité par le fait que leur membre de famille fait preuve d'intrusion, de contraintes et de critiques à leurs égards. Les personnes atteintes de troubles mentaux considèrent ainsi que la qualité du climat familial est un facteur important dans leur rétablissement. Les écrits relativement aux émotions exprimées par les familles de personnes atteintes principalement de schizophrénie discutent abondamment des comportements et des attitudes pouvant être des déclencheurs aux comportements agressifs perpétrés (Amaresha & Venkatasubramanian, 2012). De plus, selon le modèle de la présente étude, les membres de familles jouent un rôle crucial dans la prévention des symptômes de décompensation de leur proche atteints. Ces résultats contribuent grandement à l'avancement des connaissances, puisqu'ils mettent en lumière que l'agressivité est un phénomène relationnel issu de conflits et non pas un phénomène individuel. C'est donc dire que par une formation de gestion des comportements agressifs telle que présentée dans cette étude, les membres de familles peuvent devenir un agent de prévention à la rechute plutôt qu'un agent causal. De plus, ces résultats amènent à penser que les proches atteints pourraient également être intégrés dans d'éventuels projets de recherche sur développement et l'implantation de formation visant le rétablissement de la personne atteinte de maladie mentale. À long terme, les résultats de cette étude devraient favoriser la mise en place de programmes de prévention de la rechute de la maladie pour les personnes atteintes de troubles mentaux en améliorant la capacité de prise en charge de leur famille lors d'une escalade agressive.

Les résultats suggèrent également que suite à la formation, le climat familial s'est amélioré, les manifestations d'agressivité ont diminué et les participants se percevaient plus stables par

rapport à leur symptômes. Plus précisément, les sujets de cette étude ont tous identifié des éléments permettant de mieux gérer l'agressivité vécue à domicile, qui concernent principalement la communication, l'empathie, l'établissement de limites, la distance émotionnelle et physique, et le respect de l'autonomie. Ces éléments apparaissent extrêmement importants dans l'amélioration de l'accessibilité et de la dispensation des soins de premières lignes, objectifs encourus par le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS, 2005) dans le PASM 2005-2010. Effectivement, il est reconnu que 60% des familles de personnes atteintes de maladie mentale grave ont la responsabilité d'assurer les soins primaires et plusieurs sont amenées à jouer un rôle d'aidant naturel sans toutefois bénéficier des conseils, du soutien ou du répit dont elles auraient besoin (OMS, 2001). À cet effet, un projet de recherche récent (Lavoie-Tremblay et al., 2012) avait révélé que les familles étaient souvent désemparées devant les comportements dérangeants ou agressifs de leurs proches atteints et l'urgence psychiatrique des hôpitaux du Québec devenait alors la seule forme d'aide disponible en cas de crise. Les familles ont aussi précisé qu'elles aimeraient être plus impliquées dans le traitement de leur proche atteint. Ainsi, cette recherche soutient le fait que les formations ayant une vision de collaboration des soins de santé favorisent l'*empowerment* et des familles et, par le fait même, préviennent les rechutes de maladie.

En définitive, aucune étude, selon les écrits consultés, n'a étudié les effets d'une formation adaptée par et pour des membres de famille de proches ayant une maladie mentale dans la perspective des proches atteints. Ainsi, cette étude permet de combler cette lacune dans l'état des connaissances et procure des résultats pertinents sur la notion de gestion des comportements agressifs chez les personnes atteintes de troubles mentaux vivant dans la communauté. En plus de contribuer au développement des connaissances concernant la prévention de la rechute chez les personnes atteintes de maladies mentales vivant dans la communauté, cette étude a permis

d'identifier plusieurs pistes de recherche éventuelles qui permettront l'avancement des connaissances dans ce domaine.

6.5 Recommandations pour la profession infirmière

La partie suivante suggère des recommandations qui découlent de cette étude et ce, pour la recherche, la pratique, la formation et la gestion dans le domaine des sciences infirmières.

Sur le plan de la recherche

Cette étude a permis de révéler les perceptions de personnes atteintes de troubles mentaux dont le membre de famille avait reçu une formation créée par et pour ces derniers, afin de mieux gérer l'agressivité. Cette étude s'insérait dans un projet plus large qui visait à créer, implanter et évaluer la formation de gestion des comportements agressifs et il s'agissait d'une première quant à l'implication des personnes atteintes dans l'évaluation de recherches portant sur la prévention de la rechute de la maladie. Elle suscite toutefois d'autres questions qui seraient pertinentes d'approfondir, afin d'élargir les connaissances sur le phénomène du rétablissement des personnes souffrant de troubles mentaux. Ainsi, il pourrait être intéressant de refaire une telle recherche avec plus de participants et de faire des analyses plus poussées. Par exemple, il pourrait être envisagé de comparer les données recueillies par les personnes atteintes avec celles de leurs membres de famille. En comparant les perceptions des différents acteurs, il serait alors possible de dégager les similitudes et les différences, ce qui permettrait d'enrichir la compréhension du phénomène de la rechute. Il serait aussi possible d'identifier les facteurs du proche aidant et du proche atteint qui contribuent le plus à la réussite de la formation et, éventuellement, d'ajuster la formation en fonction de ces facteurs. De plus, il pourrait être pertinent de recruter davantage de patients présentant encore des comportements agressifs pour avoir leur avis sur la formation en question.

Dans la présente étude, un devis de recherche mixte a été utilisé, afin de mieux comprendre et décrire les perceptions des personnes atteintes quant à la formation de gestion des comportements agressifs. Compte tenu de certaines contraintes de temps, la collecte des données concernant les perceptions des personnes quant aux changements observés s'est effectuée en un seul temps de mesure, soit après que le membre de famille ait reçu la formation. Dans d'éventuelles recherches, il serait pertinent d'effectuer une étude permettant d'évaluer directement les effets à l'aide d'un devis pré-post test. De cette manière, il serait possible de mieux saisir comment les perceptions des personnes atteintes évoluent dans le temps et comment les changements issus du milieu familial s'opèrent.

Il importe de mentionner que la formation a été donnée par des membres de familles, mais on pourrait penser à ce qu'elle soit donnée, dans d'éventuels projets de recherche, par une dyade formée du membre de famille et de son proche atteint. Ainsi, lorsque la formation serait dispensée à travers les différents organismes, le savoir expérientiel des personnes atteintes seraient mis à contributions, ce qui va de pair avec les courants actuels de pensées d'approche collaborative, de rétablissement et de citoyenneté, de même que les orientations ministérielles.

Finalement, un des constats de la présente étude était que la majorité des membres de famille ayant participé à la formation était des femmes. Il serait donc intéressant, dans d'éventuelles recherches, de comprendre pour quelles raisons les hommes étaient moins enclins à participer à une telle formation et comment ces derniers (pères, conjoints de sexe masculin, frères, etc.) vivent le phénomène de l'agressivité de leur proche atteint de maladie mentale. De plus, il pourrait être

pertinent de connaître leurs besoins et leurs préoccupations à ce sujet, afin de développer des programmes de soutien qui leur seraient alors plus adaptés.

D'une manière plus générale, il serait intéressant d'utiliser les résultats issus de cette étude pour sensibiliser les infirmières en cours de formation relativement aux notions d'implication de la famille dans les soins, de gestion des comportements agressifs et de prévention de la rechute.

Sur le plan de la pratique

En s'intéressant aux perceptions des personnes atteintes de troubles mentaux dans l'élaboration de formations permettant de prévenir la rechute de la maladie, les infirmières seront davantage sensibilisées à leur réalité et auront l'occasion de mieux les accompagner.

Les résultats de cette étude révèlent que les personnes atteintes de troubles mentaux avaient diverses perceptions concernant le phénomène de l'agressivité et la formation dispensée à leur membre de famille: le membre de famille comme facteur causal des situations d'agressivité, l'agressivité verbale comme manifestation la plus fréquente dans leur famille, les méthodes efficaces pour gérer l'agressivité comme l'écoute et l'ouverture, sans oublier l'augmentation des connaissances. Ainsi, l'infirmière, qui s'intéresse au patient et à sa famille, sera en mesure d'évaluer plus en profondeur le climat familial et ainsi mieux soutenir la personne et la famille vivant une expérience de santé. De ce fait, il est à recommander que l'infirmière évalue plus en profondeur les répercussions de la maladie sur la cellule familiale. Pour ce faire, l'infirmière peut poser des questions systémiques et peut aborder directement l'occurrence de comportements agressifs. En collaborant avec les différents membres de la famille, l'infirmière reconnaît d'une part le fardeau vécu, mais elle valorise aussi leur savoir expérientiel et contribue à leur sentiment de compétence. Dans un contexte où les patients vivent majoritairement dans la communauté, la

famille joue le rôle de premier intervenant et ainsi, en explorant avec elle les tensions vécues, l'infirmière contribue à la prévention de la rechute. En résumé, les résultats de cette étude soutiennent largement le fait que l'on peut et l'on doit impliquer les familles dans la gestion de l'agressivité.

Dans un contexte de virage ambulatoire, certains milieux de soins comme celui de l'urgence et de la communauté font l'objet de recommandations plus particulières. Les résultats de cette étude soutiennent des pistes d'action pratiques importantes en lien avec la communication avec les familles. Effectivement, les infirmières doivent prendre le temps d'écouter les familles lorsqu'elles se présentent

à l'urgence et ainsi les aider dans leur rôle d'aidant. En faisant preuve d'écoute et de disponibilité, l'infirmière sera en mesure de dépister les familles à risque de comportements agressifs et leur offrir, éventuellement un suivi plus adapté en externe. Il pourrait même être envisagé de penser à développer un plan d'action avec la famille relativement à la prévention de la rechute du patient. Comme la formation *OMÉGA* est un programme dispensé pour les professionnels de la santé, les infirmières parleront le même langage que les familles, ce qui facilitera les échanges et l'établissement de relations de partenariat entre tous les acteurs. De plus, compte tenu des résultats de cette étude; soit que certaines personnes atteintes affirmaient ne pas se sentir comprises, ressentaient de l'intrusion et du contrôle de la part de leur membre de famille pouvant résulter en une crise, l'infirmière a donc un rôle d'enseignement primordial dans le développement des compétences des aidants. Finalement, ce projet de recherche a mis en évidence la plus-value de l'implication des familles à titre de parents-formateurs. Il serait donc recommandé d'engager des membres de familles dans les urgences psychiatriques, afin de soutenir d'autres familles aux prises avec des problèmes de gestion de l'agressivité de leur proche. En définitive,

toutes ces pistes d'action devraient accorder une vraie place aux familles, qui, comme le modèle de Fresan et al. (2007) l'a souligné, doivent être impliquées dans la gestion des comportements agressifs des personnes atteintes de troubles mentaux.

Sur le plan de la gestion

Bien que les résultats de cette étude puissent intéresser l'ensemble des acteurs impliqués dans le système de santé, il apparaît primordial de sensibiliser les gestionnaires aux phénomènes de gestion des comportements agressifs des personnes atteintes de troubles mentaux vivant dans la communauté. Premièrement, comme le fonctionnement du réseau de la santé est axé vers un maintien dans la communauté, il apparaît pertinent de sensibiliser les gestionnaires quant aux perceptions des personnes atteintes de troubles mentaux sur les programmes de formation tels que celui étudié dans l'étude de Bonin et al. qui est orienté vers une prévention de la rechute de la maladie. En connaissant leurs opinions, les offres de services de soins de santé seraient alors davantage axées vers les besoins précis de la clientèle. De plus, les gestionnaires des centres hospitaliers seraient plus conscients de la situation vécue par les membres de familles et les directives et protocoles de soins infirmiers favoriseraient ainsi une approche collaborative. Une piste intéressante serait d'impliquer plus de membres de familles comme pairs-aidants dans les urgences en santé mentale, soit à plein temps pour les hôpitaux à vocation psychiatrique, soit sur appel pour certains cas dans les hôpitaux généraux qui reçoivent une clientèle psychiatrique. Les pairs-aidants membres de familles pourraient aussi agir avec les infirmières dans le suivi à domicile en utilisant leurs connaissances expérientielles.

En conclusion de ce chapitre, les résultats de cette étude soutiennent et renforcent nos connaissances actuelles quant à l'importance de l'implication et du travail en partenariat entre les

différents acteurs du réseau de la santé au Québec: les utilisateurs de services, les familles, les professionnels, les gestionnaires, les milieux de formation et les organismes communautaires. Dans un contexte où les taux de personnes qui vont souffrir d'une maladie mentale au cours de leur vie sont en augmentation constante, les connaissances issues de cette étude sont pertinentes et les recommandations qui en découlent sont, par conséquent, à prendre en considération.

Conclusion

Inspiré du modèle conceptuel de Fresan et al. (2007) sur le processus itératif et cyclique de la violence entourant la rechute de patients ayant une maladie mentale, le but de cette étude était de décrire les perceptions de personnes atteintes de troubles mentaux relativement à l'agressivité perçue, au fonctionnement familial et à l'observance aux traitements suite à une formation de gestion des comportements agressifs adaptée par et pour leurs membres de familles. Au-delà de ces variables, le modèle décrit une vision systémique de ce qui se produit dans la famille où un membre est atteint de troubles mentaux. Cette vision nous permet de cesser de croire que seule la personne atteinte de troubles mentaux génère de l'agressivité. À l'aide d'un devis mixte, il a été possible d'interroger 25 participants à l'aide de questionnaires et huit participants par des entrevues semi-dirigées. Cet échantillon a permis d'analyser les perceptions de personnes atteintes de troubles mentaux au regard d'une formation sur la gestion des comportements agressifs ayant été dispensée à leur membre de famille. Ainsi, des analyses quantitatives sont ressorties que la majorité des participants présentaient des symptômes au niveau des troubles relationnels, dépressifs, du niveau de fonctionnement et de la labilité émotionnelle. De plus, la majorité des sujets ont mentionné que l'agressivité verbale était la forme de comportement agressif la plus exprimée au sein de leur famille. De plus, les personnes rencontrées ont affirmé que suite à la formation, elles avaient perçues une diminution de comportements agressifs et une amélioration du climat familial. Des analyses qualitatives ont émergées cinq thèmes principaux : 1. les causes de l'agressivité; 2. l'expression de l'agressivité; 3. la gestion de l'agressivité; 4. les symptômes de maladie; et 5. les traitements de la maladie.

En plus de contribuer au développement des connaissances sur la prévention de la rechute et le rétablissement des personnes atteintes de troubles mentaux, cette étude a permis d'identifier plusieurs avenues de recherches pertinentes dans ce domaine. De plus, cette étude, qui s'insère dans un projet de recherche plus vaste, permet d'ajouter des données originales et novatrices sur le programme de formation de gestion des comportements agressifs développé, implanté et évalué. Aussi, les résultats de cette recherche soutiennent les recommandations gouvernementales du *PASM 2005-2010* concernant l'accompagnement et l'*empowerment* des membres de familles de personnes atteintes de maladie mentale.

Il est donc à espérer que grâce aux nouvelles connaissances issues de cette recherche les infirmières soient à même de mieux soutenir les personnes atteintes de maladie mentale et leurs proches autant dans la communauté que dans les milieux hospitaliers.

Références

- Abderhalden, C., Needham, I., Friedli, T.K., Poelmans, J., & Dassen, T. (2002). Perception of aggression among psychiatric nurses in Switzerland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 412, 110-117.
- Agence de la santé publique du Canada. (2012). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. (Publication n° H39-643/2002). Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmac/index-fra.php>
- Amaresha, A.C., & Venkatasubramanian, G. (2012). Expressed emotion in schizophrenia: An overview. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34(1), 12-20. doi:10.4103/0253-7176.96149
- Anderson, T.R., Bell, C.C., Powell, T.E., Williamson, J.L., & Blount, M.A. (2004). Assessing psychiatric patients for violence. *Community Mental Health Journal*, 40(4), 379-399.
- Anderson, C.A., & Bushman, B.J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology*, 53, 27-51.
- Anthony, W.A., & Liberman, P. (1996). The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual, and research base. *Schizophrenia bulletin*, 12(4), 542-559.
- Archambault, C., Doutrelepont, F., & Savoie, M. (2008). Complémentarité des visions cartésiennes et systémiques. Dans L.L. Balas (dir.), *L'approche systémique en santé mentale* (p. 95-102). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Association américaine de psychiatrie. (1999). *DSM-IV : Diagnostic différentiels*. Paris : Masson.
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS). (2010). *Formation Oméga : Pour travailleurs dans la communauté*. Montréal : ASSTSAS.
- Bonin, Jean-Pierre. (2011). *Collaboration familles/organismes communautaires dans la création et l'implantation d'une formation novatrice sur la gestion de l'agressivité de leur proches atteint de troubles mentaux*. Projet détaillé, Université de Montréal.
- Cameron, I.M., Cunningham, L., Crawford, J.R., Eagles, J.M. Eisen, S., Lawton, K., ... & Hamilton, R.J. (2007). Psychometric properties of the BASIS-24 (Behaviour and Symptom Identification Scale Revised) Mental Health Outcome Measure. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 11(1), 36-43.
- Cannon, M., Huttunen, M.O., Tanskanen, A.J., Arseneault, L., Jones, P.B., & Murray, R.M. (2002). Perinatal and childhood risk factors for later criminality and violence in schizophrenia. Longitudinal, population-based study. *British Journal of Psychiatry*, 180, 496-501.
- Carpentier, N. (2001). Le long voyage des familles: la relation entre la psychiatrie et la famille au cours du XXe siècle. *Sciences sociales et santé*, 19(1), 79-106.

- Carrà, G., Montomoli, C., Clerici, M., & Cazzullo, C.L. (2007). Family interventions for schizophrenia in Italy : randomized controlled trial. *European archives of psychiatric and clinical neuroscience*, 257(1), 23-30. doi: 10.1007/s00406-006-0677-z
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., Brouselle, A., Hartz, Z., & Denis, J.L. (2009). L'évaluation dans le domaine de la santé : Concepts et méthodes. Dans A. Brouselle, F. Champagne, A.P. Contandriopoulos, & Hartz Z (dir.), *L'évaluation : concepts et méthodes* (p.35-56). Montréal, Canada : les Presses de l'Université de Montréal.
- Cave, A., & Ramsden, V. (2002). La recherche-action participative. *Le médecin de famille canadien*, 48, 1676-1677.
- Copeland, D.A. (2007). Conceptualizing family members of violent mentally ill individuals as vulnerable population. *Issues in Mental Health*, 28, 943-975. doi: 10.1080/01612840701522127
- Coulombe, P. (2010). Sais-tu pourquoi je me choque : qu'est-ce que tu peux faire pour m'aider?. Communication présentée au cours SOI-2713 Pratique de soins – Santé mentale.
- Chang, K.H., & Horrocks, S. (2006). Lived experiences of family caregivers of mentally ill relatives. *Journal of Advanced Nursing*, 53, 435-443.
- Choe, J.Y., Teplin, L.A., & Abram, K.M. (2008). Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness : balancing public health concerns. *Psychiatric Services*, 59(2), 153-164.
- Christy, A., Petrila, J., McCranie, M., Lotts, V. (2006). Involuntary outpatient commitment in Florida: case information and provider experience and opinions. *International Journal of Forensic Mental Health*, 8(2), 122-130. doi: 10.1080/14999010903199340
- Daniel, W.W. (2008). *Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences*. (9^e éd.). Hoboken: Wiley.
- De Benedictis, L., Dumais, A., Sieu, N., Mailhot, M.P., M.D., Létourneau, G., Tran, M.A.M.,... Lesage, A. (2011). Staff Perceptions and Organizational Factors as Predictors of Seclusion and Restraint on Psychiatric Wards. *Psychiatric Services*, 62(5), 484-491.
- De Cuir-Gunby, J. T. (2008). Mixed methods research in the social sciences. Dans J. Osborne (dir.), *Best practices in quantitative methods* (p. 125-136). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Dixon, L., McFarlane, W.R., Lefley, H., Lucksted, A., Cohen, M., Falloon, I., ...Sondheimer, D. (2001). Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 52, 903-910.
- Doane, G.H, & Varcoe, C. (2005). *Family nursing as relational inquiry. Developing health promoting practice*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

- Doane, G.H., & Varcoe, C. (2006). The «hard spots» of family nursing. *Journal of Family Nursing*, 12(1), 7-21. doi: 10.1177/1074840705284210
- Doane, G.H., & Varcoe, C. (2007). Relational practice and nursing Obligations. *Advances in Nursing Science*, 30(3), 192-205.
- Doornbos, M.M. (2001). Professional support for family caregivers of people with serious persistent mental illnesses. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 39(12), 38-45.
- Doyle, M., Carter, S., Shaw, J., & Dolan, M. (2011). Predicting community violence from patients discharged from acute mental health units in England. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(4), 627-637. doi: 10.1007/s00127-011-0366-8
- Duhamel, F. (Dir.) (2007). *La santé et la famille : Une approche systémique en soins infirmiers*. (3^e éd.). Montréal : Chenelière Éducation.
- Dvoskin, J.A., & Steadman, H.J. (1994). Using intensive case management to reduce violent by mentally ill persons in the community. *Hospital and Community Psychiatry*, 45(7), 679-684.
- Eisen, S., Normand, S.L., Belanger, A.J., Spiro, A., & Esch, D. (2004). The revised Behavior and Symptom Identification Scale (BASIS-24): reliability and validity. *Medical Care*, 42(12), 1230–1241. doi:10.1097/00005650-200412000-00010.
- Eisen, S., Gerena, M., Ranganathan, G., Esch, D., Idiculla, T. (2006). Reliability and validity of the BASIS-24 mental health survey for Whites, African-Americans and Latinos. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 33, 304–323. doi:10.1007/s11414-006-9025-3.
- Eisen, S., Seal, P., Glickman, M.E., Cortés, D.E., Gerena-Melia, M., Aguilar-Gaxiola, S., ... & Canino, G. (2010). Psychometric properties of the spanish BASIS-24© mental health survey. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 37(1), 124-143.
- Elbogen, E.B., & Johnson, S.C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder. *Archives of General Psychiatry*, 66(2), 152-161.
- Epstein, N.B., Baldwin, L.M., & Bishop, D.S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171-180.
- Estroff, E.S., Zimmer, C., Lachicotte, W.S., & Benoit, J. (1994). The influence of social networks and social support on violence by persons with serious mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 45(7), 669-679.
- Estroff, E.S., Swanson, J.W., Lachicotte, W.S., Swartz, M., & Bolduc, M. (1998). Risk reconsidered: targets of violence in the social networks of people with serious psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(13), 95-101.

- Falloon, I.R.H., Boyd, J.L., & McGill, C.W. (1984). *Family care of schizophrenia : A problem-solving approach to the treatment of mental illness*. New York: Guilford Press.
- Flannery, R.B., Fisher, W., Walker, A., Kolodziej, K., & Spillane, M.J. (2000). Assaults on staff by psychiatric patients in community residences. *Psychiatric Services, 51(1)*, 111-113.
- Freedman, J.L. (2002). *Media violence and its effect on aggression : assessing the scientific evidence*. Toronto : Presses de l'Université de Toronto.
- Fresan, A., Apiquian, R., Garcia-Anaya, & Noline, H. (2007). Violent behavior in schizophrenic patients : relationship with clinical symptoms. *Aggressive Behavior, 31(6)*, 511-520.
- Friedman, R.A. (2006). Violence and mental illness : how strong is the link ?. *New England Journal of Medicine, 355(20)*, 2064-2066.
- Gagné, M. (2005). *Avancement des objectifs des soins de santé mentale axés sur la collaboration*. Repéré sur le site de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale : http://www.iccsn.ca/fr/products/documents/01_AdvancingtheAgenda_FR.pdf
- Gélinas, D. (1998). Éditorial : Le suivi dans le milieu de vie des personnes. *Santé mentale au Québec, 23 (2)*, 7-16.
- Gorton, J.G., & Patridge, R. (1982). *Practice and management of psychiatric emergency care*. St-Louis : Mosby, Toronto.
- Groleau, R., Bigras, M., & Arsenault, G. (2008). Évaluation de la formation «Oméga de bas». *Objectif prévention, 31(3)*, 30-31.
- Hagey, R. (1997). The use and abuse of participatory action research. *Journal of Chronic Diseases in Canada, 18(1)*, 1-6.
- Hatfield, A. B. (1994), Developing collaborative relationships with families. *New Directions for Mental Health Services, 1994(62)*, 51–59. doi: 10.1002/yd.23319946207
- Harvard Mental Health Letter. (2011). Mental Illness and Violence. *Harvard Mental Health Letter, 27(7)*, 1-3.
- Higashi, K., Medic, G., Littlewood, K.J., Diez, T., Granström, O., & De Hert, M. (2013). Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology, 0(0)*, 1-19. doi: 10.1177/ 2045125312474019
- Hoult, J. (1986). The community care of the acutely mentally ill. *British Journal of Psychiatry, 149*, 137–44.
- Hyde, A. (1997). Coping with the threatening, intimidating, violent behaviors of people with psychiatric disabilities living at home: guidelines for family caregivers. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 21(2)*, 144-149.

- Ifeld, F.W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological reports*, 39(3), 1215-1228.
- Jansen, G., Dassen, T., & Moorer, P. (1997). The perception of aggression. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 11, 51–55.
- Johnson, S., Nolan, F., Pilling, S., Sandor, A., Hout, J., McKenzie, N., ... Bebbington, P. (2005). Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north islington crisis study. *British Medical Journal*, 331(7517), 599–602. doi: 10.1136/bmj.38519.678148.8F
- Jungbauer, J., Wittmund, B., Dietrich, S., & Angermeyer, M.C. (2003). Subjective burden over 12 months in parents of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nurses*, 17(3), 126-134. doi: 10.1016/S0883-9417(03)00056-6
- Justo, L., Soares, B.G.D.O., & Calil, H. (2009). Family interventions for bipolar disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No. : CD005167. doi: 10.1002/14651858.CD005167.pub2.
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans Poupart, J. & al. (Ed.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville : Gaétan Morin.
- Larue, C., Dumais, A., Ahern, E., Bernheim, E., Mailhot, M.P. (2009). Factors influencing decisions on seclusion and restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(5), 440-446.
- Lauber, C., Eichenberger, A., Luginbühl, P., Keller, C., & Rössler, W. (2003). Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. *European Psychiatry*, 18, 285-289. doi:10.1016/j.eurpsy.2003.06.004
- Lauzon, G., & Lecompte, Y. (2002). Rétablissement et travail. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 7-34.
- Lavoie-Tremblay, M., Bonin, J.P., Bonneville-Roussy, A., Briand, C., Perreault, M., Piat, M., ...Cyr, G. (2012). Families' and decision makers' experiences with mental health care reform : The challenge of collaboration. *Archives of psychiatric nursing*, 26(4), 41-50. doi: 10.1016/j.apnu.2012.04.007
- Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Lukoff, D., Nuechterlein, K.H., & Ventura, J. (1986). Manuel for expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). *Schizophrenia Bulletin*, 12, 594-602.
- Miles, M.B., & Huberman, A.M. (1991). *Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes*. (traduit par C. De Backer, & V. Lamongie). Bruxelles: De Boeck-Wesmael.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*. Repéré à <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/8409aa194a47b7c385257020006bce71?OpenDocument>
- Morin, M.H. (2012). D'agent causal...à famille compétente : un regard sur la transformation du rôle des membres de famille dans les pratiques en santé mentale. *Le partenaire*, 20(4), 4-10.
- Mulvey, E.P. (1994). Assessing the evidence of a link between mental illness and violence. *Hospital and Community Psychiatry*, 45(7), 663-668.
- Murphy, S., Irving, C.B., Adams, C.E., & Driver, R. (2012). Crisis intervention for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5. Art. No CD001087. doi: 10.1002/14651858.CD001087.pub4.
- Noiseux, S., & Ricard, N. (2008). Recovery as perceived by people with schizophrenia, family members and health professionals : A grounded theory. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1148-1162. doi:10.1016/j.ijnurstu.2007.07.008
- Organisation mondiale de la Santé. (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 : La santé mentale : nouvelles conceptions, nouveaux espoirs*. Document consulté le 17 février 2013 de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2002). Rapport mondial sur la violence et la santé. Document consulté le 1^{er} décembre 2012 de http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2003). *Guide des politiques et des services de santé mentale*. Document consulté le 16 avril 2012 de http://www.who.int/mental_health/en/Situation%20de%20la%20sante%20mentale.pdf
- Parse, R. R. (2001). *Qualitative inquiry: The patch of sciencing*. Boston: Jones and Barlett Publishers.
- Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3^e éd.). Montréal : Chenelière Éducation inc.
- Perreault, M., Leichner, P., Sabourin, S., & Gendreau, P. (1993). Patient satisfaction with outpatient psychiatric services : Qualitative and quantitative assessments. *Evaluation and program Planning*, 16(2), 109-118. doi: 10.1016/j.bbr.2011.03.031
- Perreault, M., Tempier, R., Tardif, H., Bernier, J., Pawliuk, N., Garceau, L., & Lusignan, R. (1999). Perspective d'usagers suivis en clinique externe d'établissements de première, deuxième et troisième lignes. *Santé mentale au Québec*, 24(2), 52-73. doi: 10.7202/013012ar

- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., & Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 12. Art. No.: CD000088. doi: 10.1002/14651858.CD000088.pub3.
- Pilgrim, D., & Rogers, A. (2003). Mental disorder and violence : An empirical picture in context. *Journal of Mental Health*, 12(1), 7-18. doi: 10.1080/09638230021000058256
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières: approches quantitatives et qualitatives*. (adapté et traduit par C.G. Loiselle, & J. Profetto-McGrath). Montréal, Éditions du renouveau pédagogique Inc.
- Rea, M.M., Thompson, M.C., Miklowitz, D.J., Goldstein, M.J., Hwang, S., & Mintz, J. (2003). Family-focused treatment versus individual treatment for bipolar disorder : Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 482-492. doi: 10.1037/0022-006X.71.3.482
- Reinares, M., Vieta, E., Colom, F., Martinez-Aran, A., Torrent, C., Comes, M., ... Sanchez-Moreno, J. (2006). What really matters to bipolar patients' caregivers : Sources of family burden. *Journal of Affective Disorders*, 94(1-3), 157-163. doi : 10.1016/j.jad.2006.04.022
- Reason, P., & Rowan, J. (1981). *Human inquiry : a sourcebook of new paradigm research*. Toronto : Chichester Eng.: John Wiley and Sons.
- Robitaille, M.J. (1999). La formation Oméga : Apprendre à gérer les crises de violence. *Objectif Prévention*, 22(4), 8-9.
- Rogers, E.S., Chamberlin, J., Ellison, M.L., & Crean, T. (1999). A consumer-constructed scale to measure empowerment. *Psychiatric Services*, 48(8), 1042-1047.
- Rose, L., Mallinson, R.K., & Walton-Moss, B. (2002). A grounded theory of families responding to mental illness. *Western Journal of Nursing Research*, 24(5), 516-536.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton : Princeton University Press.
- Santé Canada. (2006). *Votre santé et vous : Santé mentale - Maladie mentale*. Document consulté le 16 avril 2012 de http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/pacrb-dgapcr/pdf/iyh-vsv/diseases-maladies/mental-fra.pdf
- Scott, C.L., & Resnick, P.J. (2006). Violence risk assessment in persons with mental illness. *Aggression & Violent Behavior*, 11(6), 598-611.
- Shaver, P.R., & Mikulincer, M. (2011). *Human aggression and violence*. Whashington: American Psychological Association.

- Slobogin, C. (1994). Involuntary community treatment of people who are violent and mentally ill: a legal analysis. *Hospital and Community Psychiatry, 45*(7), 685-689.
- Smith, L.D. (1989). Medication refusal and the rehospitalized mentally ill inmate. *Hospital Community Psychiatry, 40*, 491-496.
- Solomon, P.L., Cavanaugh, M.M., & Gelles, R.J. (2005). Family violence among adults with severe mental illness: A neglected area of research. *Trauma, Violence, & Abuse, 6* (40), 40-54. doi: 10.1177/1524838004272464.
- Speranza, M., Guérolé, F., Revah-Levy, A., Egler, P.J., Negadi, F., Falissard, B., & Balvete, J.M. (2012). The French version of the Family Assessment Device. *Canadian Journal of Psychiatry, 57*(9), 570-577.
- Stam, H., & Cuijpers, P. (2001). Effects of family interventions on burden relatives of psychiatric patients in the Netherlands : A Pilot Study. *Community Mental Health Journal, 37*(2), 179-187.
- Steadman, H.J., Mulvey, E.P., Monahan, J., Robbins, P.C., Appelbaum, P.S., Grisso, T., & Loren, H.R. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives in General Psychiatry, 55*, 392-401.
- Swanson, J. (1994). Mental disorder, substance abuse, and community violence: an epidemiological approach. Dans: J. Monahan & H. Steadman (Dir.), *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment*, (p.101-136). Chicago: University of Chicago Press.
- Swanson, J.W., Borum, R., Swartz, M.S., & Monahan, J. (1996). Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behaviour in the community. *Criminal Behavior and Mental Health, 6*, 306-329.
- Swanson, J.W., Marvin, S.S., Wagner, H.R., Burns, B.J., Borum, R., & Hiday, V.A. (2000). Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behavior in persons with severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry, 176*, 324-331. doi: 10.1192/bjp.176.4.324
- Swartz, M.S., Swanson, J.W., Hiday, V.A., Borum, R., Wagner, H.R., & Burns, B.J. (1998). Violence and Severe Mental Illness: The Effects of Substance Abuse and Nonadherence to Medication. *American Journal of Psychiatry, 155*(2), 226-231.
- Teddle, C., & Tashakkori, A. (2003). Major issues and controversies in the use of mixed methods in the social and behavioural sciences. In A. Tashakkori, & C. Teddlie (Eds.) *Handbook of mixed methods in social & behavioral research* (pp.3-50). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Thompson, M.S. (2007). Violence and the cost of caring for a family member with severe mental illness. *Journal of Health and Social Behavior, 48*, 318-333.

- Torrey, E.F. (1994). Violent behavior by individuals with serious mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 45(7), 653-662.
- Torrey, E.F. (2011). Stigma and violence: isn't it time to connect the dots?. *Schizophrenia bulletin*, 37(5), 892-896.
- Université du Michigan. (2012). What is mental health?. Repéré à http://www.hr.umich.edu/mhealthy/programs/mental_emotional/understandingu/learn/mental_health.html
- Van Dorn, R.A., Williams, J.H., Del-Colle, M., & Hawkins, J.D. (2009). Substance use, mental illness and violence: the co-occurrence of problem behaviors among young adults. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 36(4), 465-477.
- Van Dorn, R., Volavka, J., & Johnson, N. (2012). Mental disorders and violence : is there a relationship beyond substance abuse ?. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 47(3), 487-503.
- Vancarolis, E.M., & Halter, M. J. (2010). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing : A Clinical Approach*. (6^e éd.). St-Louis : Saunders, Elsevier.
- Vaddadi, K., Gilleard, C., & Fryer, H. (2002). Abuse of carers by relatives with severe mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 48, 149-155.
- Volavka, J., & Swanson, J. (2010). Violent behavior in mental illness: The role of substance abuse. *Journal of the American Medical Association*, 304(5), 563-564.
- Walton-Moss, B., Gerson, L., & Rose, L. (2005). Effects of mental illness of family quality of life. *Issues in mental health nursing*, 26, 627-642.
- Weimand, B.M., Hedelin, B., Sällström, C., & Hall-Lord, M.L. (2010). Burden and health in relatives of persons with severe mental illness : A Norwegian cross-sectional study. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 804-815. doi: 10.3109/01612840.2010.520819
- Witt, K., van Dorn, R., & Fazel, S. (2013). Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLoS ONE*, 8(2), 1-15. doi: 10.1371/journal.pone.0055942
- Wright, L.M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and Families : A guide to family assessment and intervention*. (6^e éd.). Philadelphie : F.A. Davis Company.

Appendice A

Formulaire de consentement aux membres de famille

Acceptation de contacter mon proche atteint

Par la présente, je désire signifier mon acceptation que l'équipe de recherche contacte mon proche atteint par la poste ou par mon entremise pour qu'il réponde à des questionnaires portant sur ses symptômes, sa perception de l'agressivité et du climat familial. Je comprends que je reste libre de retirer ce consentement en tout temps si je le désire.

Nom du membre de famille participant à la formation:

(Lettres moulées)

Signature _____ Date ____ / ____ / ____

(Jour)(Mois) (Année)

Pour l'invitation de votre proche atteint à participer au projet, svp veuillez inscrire ses coordonnées afin que l'on puisse le joindre :

Nom du proche atteint: _____

Téléphone : () _____

Comment pouvons-nous le contacter?

Par votre entremise Par la poste ou courriel

Courriel : _____

Adresse: _____

Appendice B

Questionnaire auto-rapporté

**LES PERCEPTIONS DE PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX
SUITE À UNE FORMATION DE GESTION DES COMPORTEMENTS
AGRESSIFS ADAPTÉE PAR ET POUR LEURS MEMBRES DE FAMILLE**

Merci de bien vouloir participer à l'étude descriptive des perceptions de personnes atteintes de troubles mentaux suite à la nouvelle formation de gestion des comportements agressifs auprès de leur membre de famille dans le cadre d'un projet de maîtrise en sciences infirmières à l'Université de Montréal.

Ce questionnaire porte sur votre perception en tant que proche atteint d'un trouble mental.

Votre participation est volontaire et vous êtes totalement libre d'accepter ou de ne pas répondre aux questions. Vous pouvez refuser de répondre à toute question posée.

Tous les renseignements recueillis resteront **entièrement confidentiels**.

Étudiante:

Gabrielle Chicoine, B.Sc. inf.

Directeur de recherche :

Jean-Pierre Bonin, inf. PhD

Professeur agrégé, Faculté des sciences infirmières

Université de Montréal, C.P.6128 Succ. Centre-Ville

Montréal, QC H3C 3J7

Ce sondage s'adresse aux personnes ayant un trouble de santé mentale dont leur membre de famille suivra ou a suivi une formation de gestion des comportements agressifs. Par ce questionnaire, nous voulons obtenir votre perception concernant des comportements agressifs* en général de même que votre perception du fonctionnement de votre famille.

Les réponses obtenues de votre part nous permettront d'améliorer la capacité de prise en charge des personnes atteintes d'une maladie mentale et vivant dans la communauté. Vos réponses sont strictement confidentielles. Soyez assuré qu'aucune personne ne pourra être identifiée.

Il suffit d'environ 30 minutes pour remplir le sondage. L'emploi du masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

* L'agression survient lorsqu'une personne présente un comportement d'attaque physique (contact non désiré ou sans douleur ni lésion) ou verbal (menace) qui compromet le sentiment de sécurité de la victime de même que son équilibre émotionnel. Le bris ou vol d'objet constitue également une agression dans sa dimension matérielle.

Renseignements sur vous

Nous aimerions en savoir un peu plus à votre sujet

Cette section contient des questions à choix multiples. Veuillez cocher une seule réponse par question.

1. **Êtes-vous?**

Homme Femme

2. **Quel est votre âge?** ____ ans.

3. **Quel est votre niveau de scolarité le plus élevé?**

Primaire
 Secondaire
 Collégial ou technique
 Universitaire

4. **Quelle est la première langue que vous avez apprise et que vous parlez encore?**

<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Portugais
<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Chinois
<input type="checkbox"/> Italien	<input type="checkbox"/> Vietnamien
<input type="checkbox"/> Grec	<input type="checkbox"/> Arabe
<input type="checkbox"/> Espagnol	<input type="checkbox"/> Autre → Précisez: _____

5. Où votre mère est-elle née?

- Au Québec
- Autre province du Canada ➔ Précisez la province : _____
- À l'extérieur du Canada ➔ Précisez le pays : _____

6. Où votre père est-il né?

- Au Québec
- Autre province du Canada ➔ Précisez la province : _____
- À l'extérieur du Canada ➔ Précisez le pays : _____

7. Quel était approximativement votre revenu personnel total l'AN DERNIER avant déductions d'impôts?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aucun revenu personnel | <input type="checkbox"/> 20 000\$ - 29 999\$ |
| <input type="checkbox"/> 1\$ - 999\$ | <input type="checkbox"/> 30 000\$ - 39 999\$ |
| <input type="checkbox"/> 1 000\$ - 5 999\$ | <input type="checkbox"/> 40 000\$ - 49 999\$ |
| <input type="checkbox"/> 6 000\$ - 11 999\$ | <input type="checkbox"/> 50 000\$ et plus |
| <input type="checkbox"/> 12 000\$ - 19 999\$ | <input type="checkbox"/> Refus de répondre à cette question |

8. Quel est votre état civil?

- | | |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Marié | <input type="checkbox"/> Conjoint de fait |
| <input type="checkbox"/> Veuf | <input type="checkbox"/> Divorcé |
| <input type="checkbox"/> Séparé | <input type="checkbox"/> Célibataire |

9. Comment percevez-vous votre situation économique par rapport aux gens de votre âge?

- Je me considère à l'aise financièrement.
- Je considère mes revenus suffisants pour répondre à mes besoins fondamentaux ou à ceux de ma famille.
- Je me considère pauvre.
- Je me considère très pauvre.

10. Habitez-vous dans le même domicile que votre membre de famille qui a suivi la formation de gestion des comportements agressifs? OUI_____ NON_____

11. Dans quel type de logement habitez-vous?

- Appartement.
- Appartement supervisé.
- Maison.
- Résidence

Renseignement sur votre situation de santé

Basis-24 – *Behavior and Symptom Identification Scale* (Eisen, 2007)

Ce présent questionnaire vise à savoir comment vous vous sentez et comment vous fonctionnez dans divers aspects de la vie. Veuillez cocher la case à gauche de votre réponse qui décrit le mieux votre situation au cours de la **SEMAINE DERNIÈRE**. Veuillez répondre à toutes les questions. Si vous êtes incertain au sujet d'une réponse, veuillez donner la meilleure réponse que vous pouvez.

Au cours de la SEMAINE DERNIÈRE, jusqu'à quel point avez-vous de la difficulté à...

12. Organiser votre vie quotidienne?

- Aucune difficulté
- De temps en temps de difficulté
- Difficulté modérée
- Beaucoup de difficulté
- Difficulté extrême

13. Faire face aux problèmes dans votre vie?

- Aucune difficulté
- De temps en temps de difficulté
- Difficulté modérée
- Beaucoup de difficulté
- Difficulté extrême

Au cours de la SEMAINE DERNIÈRE, jusqu'à quel point avez-vous de la difficulté à...

14. Vous concentrer?

- Aucune difficulté
- De temps en temps de difficulté
- Difficulté modérée
- Beaucoup de difficulté
- Difficulté extrême

Au cours de la SEMAINE DERNIÈRE, pendant combien de fois...

15. Vous êtes-vous bien entendu avec les membres de votre famille?

- Jamais
- De temps en temps
- La moitié du temps
- La plupart du temps
- Tout le temps

16. Vous êtes vous bien entendu avec des personnes en dehors de votre famille?

- Jamais
- De temps en temps
- La moitié du temps
- La plupart du temps
- Tout le temps

17. Vous êtes-vous bien entendu avec les autres dans des situations sociales?

- Jamais
- De temps en temps
- La moitié du temps
- La plupart du temps
- Tout le temps

Au cours de la SEMAINE DERNIÈRE, pendant combien de temps...

18. Vous êtes-vous senti proche d'une autre personne?

- Jamais
- De temps en temps
- La moitié du temps
- La plupart du temps
- Tout le temps

19. Avez-vous senti que vous aviez quelqu'un sur qui compter si vous aviez besoin d'aide?

- Jamais
- De temps en temps
- La moitié du temps
- La plupart du temps
- Tout le temps

20. Avez-vous eu confiance en vous-même?

- Jamais
- De temps en temps
- La moitié du temps
- La plupart du temps
- Tout le temps

Au cours de la SEMAINE DERNIÈRE, pendant combien de temps...

21. Vous êtes-vous senti triste ou déprimé?

- Jamais
- De temps en temps
- La moitié du temps
- La plupart du temps
- Tout le temps

22. Avez-vous pensez à mettre fin à vos jour?

- Jamais
- De temps en temps
- La moitié du temps
- La plupart du temps
- Tout le temps

23. Vous êtes-vous senti nerveux ?

- Jamais
- De temps en temps
- La moitié du temps
- La plupart du temps
- Tout le temps

Au cours de la SEMAINE DERNIÈRE, à quelle fréquence...

24. Avez-vous eu des pensées qui se bouscuaient dans votre tête?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Toujours

25. Avez-vous pensé que vous possédiez des pouvoirs spéciaux?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Toujours

26. Avez-vous entendu des voix ou vu des choses?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Toujours

27. **Avez-vous pensé que des gens vous surveillaient ?**

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Toujours

28. **Avez-vous pensé que des gens étaient contre vous?**

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Toujours

Au cours de la SEMAINE DERNIÈRE, à quelle fréquence...

29. **Avez-vous eu des sautes d'humeur ?**

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Toujours

30. **Vous êtes vous emporté facilement?**

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Toujours

31. **Avez-vous pensé à vous faire du mal ?**

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Toujours

Au cours de la SEMAINE DERNIÈRE, à quelle fréquence...

32. **Avez-vous eu une forte envie de consommer de l'alcool ou de prendre de la drogue illégale ?**

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Toujours

33. **Quelqu'un vous a-t-il parlé de votre consommation d'alcool ou de drogue ?**
 Jamais
 Rarement
 Parfois
 Souvent
 Toujours
34. **Avez-vous essayé de cacher votre consommation d'alcool ou de drogue ?**
 Jamais
 Rarement
 Parfois
 Souvent
 Toujours
35. **Avez-vous eu des problèmes à cause de votre consommation d'alcool ou de drogue ?**
 Jamais
 Rarement
 Parfois
 Souvent
 Toujours

Votre perception de l'agressivité

POAS – *Perception of Aggression Scale* (De Benedictis et al., 2011)

Chacun perçoit l'agressivité de façon différente. Comment percevez-vous le phénomène de l'agressivité?

36. **Pour chacun des 12 énoncés suivants, indiquez si vous êtes «fortement en désaccord», «en désaccord», «d'avis neutre», «d'accord» ou «fortement d'accord».**

Encerclez le chiffre qui représente le mieux votre réponse

	Fortement en désaccord	En désaccord	D'avis neutre	D'accord	Fortement d'accord
1. L'agressivité est un comportement désagréable et méprisable.	1	2	3	4	5
2. L'agressivité est inutile et inacceptable.	1	2	3	4	5
3. L'agressivité blesse les autres mentalement et physiquement.	1	2	3	4	5
4. L'agressivité est un geste de violence physique d'une personne atteinte d'un trouble mental contre un membre de l'entourage.	1	2	3	4	5

5. L'agressivité est toujours un comportement négatif et inacceptable; il existe d'autres moyens d'exprimer ses sentiments.	1	2	3	4	5
6. L'agressivité est un moyen déplacé de s'imposer et de dominer les autres.	1	2	3	4	5
7. L'agressivité est le point de départ d'une relation positive entre une personne atteinte d'un trouble mental et un membre de l'entourage	1	2	3	4	5
8. L'agressivité est une réaction saine à des sentiments de colère.	1	2	3	4	5
9. L'agressivité est un moyen de mieux comprendre la situation de la personne atteinte de trouble mental.	1	2	3	4	5
10. L'agressivité étant une forme de communication, elle ne doit pas être considérée comme destructive.	1	2	3	4	5
11. L'agressivité est un moyen de se protéger.	1	2	3	4	5
12. L'agressivité est un moyen de protéger son espace personnel.	1	2	3	4	5

Fréquences des comportements d'agression.

37. Quels sont les comportements agressifs qu'il vous arrive de faire?

Encerclez le chiffre qui représente le mieux votre réponse

AGRESSION VERBALE : Dans les dernières semaines, il m'est arrivé de...	Jamais	Rarement	De façon mensuelle	Une fois / semaine	De façon quotidienne
1. Faire du grand bruit, crier avec colère	1	2	3	4	5
2. Hurler des insultes personnelles mineures (ex : « Tu es stupide! »)	1	2	3	4	5
3. Blasphémer violemment, utiliser un langage grossier lorsqu'en colère, faire des menaces modérées face aux autres	1	2	3	4	5

4. Faire des menaces claires de violence à l'égard des autres (ex : « Je vais te tuer »)	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Encerclez le chiffre qui représente le mieux votre réponse

AGRESSION NON VERBALE CONTRE LES AUTRES : Dans les dernières semaines, il m'est arrivé de...	Jamais	Rarement	De façon mensuelle	Une fois / semaine	De façon quotidienne
5. Présenter des gestes menaçants (ex : montre son poing, torse bombé)	1	2	3	4	5
6. Fixer d'un regard intimidant, lourd de menace	1	2	3	4	5
7. Cracher, frapper ou lancer des objets en direction d'une autre personne sans pouvoir l'atteindre (en raison d'un obstacle - porte, fenêtre ou vitre)	1	2	3	4	5
8. Montrer une attitude et des comportements de provocation, de mépris ou d'intimidation (ex : se rapproche de façon inquiétante)	1	2	3	4	5

Encerclez le chiffre qui représente le mieux votre réponse

AGRESSION PHYSIQUE CONTRE SOI : Dans les dernières semaines, il m'est arrivé de...	Jamais	Rarement	De façon mensuelle	Une fois / semaine	De façon quotidienne
9. Me gratter ou de m'égratigner la peau, me tirer les cheveux (sans blessure ou avec blessures mineures)	1	2	3	4	5
10. Me frapper, donner des coups sur des objets (se fait mal sans blessure sérieuse)	1	2	3	4	5
11. Me faire des lacérations ou contusions mineures, brûlures mineures	1	2	3	4	5
12. M'automutiler sérieusement: se faire de graves lacérations, se mordre au sang, lésions internes, fractures, perte de	1	2	3	4	5

conscience, s'arrache les dents, avale des médicaments, strangulation					
---	--	--	--	--	--

Encerchez le chiffre qui représente le mieux votre réponse

AGRESSION PHYSIQUE CONTRE LES AUTRES : Dans les dernières semaines, il m'est arrivé de...	Jamais	Rarement	De façon mensuelle	Une fois / semaine	De façon quotidienne
13. Commettre des agressions mineures: crache, donne des coups non appuyés, agrippe les vêtements	1	2	3	4	5
14. Frapper, donne des coups de pied, pousse, tires les cheveux (sans blessure)	1	2	3	4	5
15. Attaquer les autres, causant des blessures mineures à modérées (contusions, foulures, traces de coup)	1	2	3	4	5
16. Attaquer les autres, causant des blessures sévères (fractures, lacérations profondes, lésions internes)	1	2	3	4	5

Votre perception du fonctionnement familial

FAD – *Family Assessment Device – General Functioning Scale* (Epstein, Baldwin, & Bishop, 1983)

Vous trouverez ci-après une liste d'énoncés relativement au fonctionnement de votre famille. Cochez la case qui décrit le mieux VOTRE FAMILLE. Vous devriez répondre de la façon dont vous percevez votre famille.

Pour chaque énoncé, 4 réponses sont possibles :

Fortement d'accord	Cochez <i>Fortement d'accord</i> si vous pensez que l'énoncé situation décrit votre famille de façon très précise.
D'accord	Cochez <i>D'accord</i> si vous pensez que l'énoncé décrit votre famille pour la plupart du temps.
En désaccord	Cochez <i>En désaccord</i> si vous pensez que l'énoncé ne décrit PAS votre famille pour la plupart du temps.
Fortement en désaccord	Cochez <i>Fortement en désaccord</i> si vous pensez que l'énoncé ne décrit PAS du tout votre famille.

38. **Planifier des activités familiales est difficile parce que nous nous comprenons mal.**
- Fortement d'accord
 - D'accord
 - En désaccord
 - Fortement en désaccord
39. **En temps de crise, nous nous soutenons les uns les autres.**
- Fortement d'accord
 - D'accord
 - En désaccord
 - Fortement en désaccord
40. **Nous ne pouvons pas parler entre nous de la tristesse que nous ressentons.**
- Fortement d'accord
 - D'accord
 - En désaccord
 - Fortement en désaccord
41. **Chaque personne dans la famille est acceptée pour ce qu'elle est.**
- Fortement d'accord
 - D'accord
 - En désaccord
 - Fortement en désaccord
42. **Nous évitons de discuter de nos peurs et de préoccupations dans notre famille.**
- Fortement d'accord
 - D'accord
 - En désaccord
 - Fortement en désaccord
43. **Nous pouvons exprimer ce que nous ressentons dans notre famille.**
- Fortement d'accord
 - D'accord
 - En désaccord
 - Fortement en désaccord
44. **Il y a beaucoup de sentiments négatifs dans notre famille.**
- Fortement d'accord
 - D'accord
 - En désaccord
 - Fortement en désaccord

45. **Nous nous sentons acceptés tel que nous sommes dans notre famille.**
- Fortement d'accord
 - D'accord
 - En désaccord
 - Fortement en désaccord
46. **Prendre des décisions est un problème dans notre famille.**
- Fortement d'accord
 - D'accord
 - En désaccord
 - Fortement en désaccord
47. **Nous sommes capables de prendre des décisions face à la résolution des problèmes.**
- Fortement d'accord
 - D'accord
 - En désaccord
 - Fortement en désaccord
48. **Nous ne nous entendons pas bien ensemble.**
- Fortement d'accord
 - D'accord
 - En désaccord
 - Fortement en désaccord
49. **Nous nous confions les uns aux autres.**
- Fortement d'accord
 - D'accord
 - En désaccord
 - Fortement en désaccord

Votre perception des changements occasionnés suite à la nouvelle formation de gestion des comportements agressifs que votre proche a reçue

50. **Depuis que votre proche a reçu la nouvelle formation de gestions des comportements agressifs, l'agressivité au sein de votre famille a-t-elle :**
- Augmentée
 - Diminuée
 - Restée la même
51. **Depuis que votre proche a reçu la nouvelle formation de gestion des comportements agressifs, votre relation avec les membres de votre famille s'est-elle:**
- Améliorée
 - Détériorée

Restée la même

52. Depuis que votre proche a reçu la nouvelle formation de gestions des comportements agressifs, votre capacité à respecter votre traitement médical (médication, rendez-vous médicaux, thérapies, etc.) s'est-elle:

Améliorée

Détériorée

Restée la même

Je ne reçois aucun traitement médical

MERCI INFINIMENT POUR VOTRE PARTICIPATION!

Appendice C

Guide d'entretien

Les perceptions de personnes atteintes de troubles mentaux suite à une formation de gestion de comportements agressifs adaptée par et pour leurs membres de familles

Guide d'entretien individuel – Proches atteints de troubles mentaux dont le membre de famille aura reçu la nouvelle formation de gestion des comportements agressifs

Participants :

Les participants sont des personnes qui souffrent d'un trouble mental dont le membre de famille aura reçu la nouvelle formation de gestion des comportements agressifs par les nouveaux formateurs/membres de familles soit à la première vague (automne 2012), soit à la deuxième vague (hiver/printemps 2013).

Rappel des objectifs :

- Quelles sont les perceptions des personnes atteintes de troubles mentaux spécifiquement en lien avec les changements observés depuis que leur membre de famille a reçu la nouvelle formation de gestion des comportements agressifs?
- Quels sont les effets de la formation selon la perception des personnes atteintes de troubles mentaux relativement à : 1. l'agressivité; 2. le fonctionnement familial; et 3. l'observance au traitement médical?

1. Contexte général :

Pour nous mettre un peu plus en contexte, parlez-moi de vous et votre famille :

- Avec qui habitez-vous?
- Quel membre de votre famille a reçu la nouvelle formation de gestion des comportements agressifs?
- Quelle a été votre réaction lorsque vous avez appris que votre membre de famille allait suivre une formation de gestion des comportements agressifs?

- Quelle est votre compréhension générale de la formation de gestion des comportements agressifs que votre membre de famille a reçue?

2. Les changements observés depuis que le membre de famille a reçu la nouvelle formation de gestion des comportements agressifs :

- Pouvez-vous me décrire votre relation avec votre famille depuis que votre membre de famille a reçu la nouvelle formation. Cette situation a-t-elle changé depuis la formation? Si oui, comment?
- Quels sont les conflits principaux que vous et votre famille rencontrez? Ces conflits sont-ils toujours présents depuis la formation? Si oui, comment votre façon de les aborder ou de les régler a-t-elle changée?
- Quelle est l'attitude ou le comportement de votre membre de famille à votre égard? Cette attitude ou ces comportements ont-ils changés depuis la formation? Si oui, comment?

3. Effets de la nouvelle formation de gestion des comportements agressifs par et pour les membres de famille selon la perception des personnes atteintes de troubles mentaux :

- Selon vous, quels ont été les effets de la nouvelle formation que votre membre de famille a reçue sur la gestion des comportements agressifs sur vous ou sur votre relation avec votre proche?

Probes : Pour aller dans le détail, formuler des sous-questions :

- Agressivité
- Fonctionnement familial
- Observance au traitement médical

Période libre

- Avez-vous d'autres informations que vous auriez aimé me dire et que nous n'avons pas abordées?

Appendice D

Formulaire de consentement aux proches atteints de troubles mentaux

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Informations

Description du projet de recherche

Une recherche en cours portant sur les besoins des membres de l'entourage de personnes atteintes de troubles mentaux (Bonin et Lavoie-Tremblay, 2010) montre que ces dernières se sentent fréquemment démunies devant le comportement impulsif, dérangeant ou carrément agressif d'un des leurs qui souffre d'un trouble de santé mentale. Un récent colloque, tenu au Centre de Recherche Fernand-Seguin et regroupant, entre autres, des membres de l'entourage a révélé leur sentiment d'impuissance face à ces comportements. Ce projet de développement d'un contenu de formation sur la gestion des comportements agressifs sera conçu par et pour des membres de l'entourage de personnes atteintes. Plus précisément, il vise à réduire l'escalade agressive, à améliorer le climat familial et, éventuellement, à réduire les recours aux services d'urgence. Nous désirons également connaître votre perception, en tant que proche atteint d'une maladie mentale, de la nouvelle formation de gestion des comportements agressifs que votre membre de famille suivra.

Avant d'accepter de participer à cette étude, veuillez prendre le temps de lire les renseignements qui suivent.

L'étude vise à évaluer les effets perçus, par les proches atteints, d'une formation de gestion des comportements agressifs adaptée par et pour des membres de familles de personnes atteintes de troubles mentaux.

Nature de la participation du sujet

Votre participation à cette étude est volontaire. Si vous acceptez de participer, nous vous invitons à compléter le questionnaire ci-joint. Vous pouvez vous retirer de l'étude à tout moment, sans aucun préjudice.

Par ailleurs, vous êtes aussi invité à participer à une entrevue individuelle. Les personnes désirant participer à l'entrevue de groupe peuvent remplir la section à ce sujet à la fin du présent formulaire de consentement. Ces entrevues de groupe se dureront environ 1h00.

Le questionnaire prend environ 30 minutes à compléter. Vous pouvez refuser de répondre à l'une ou l'autre des questions. Veuillez retourner le questionnaire dûment rempli par la poste d'ici les 2 prochaines semaines. Une fois rempli, glissez le questionnaire ainsi que le formulaire d'information et de consentement dans l'enveloppe pré-adressée fournie que vous scellerez (les timbres sont déjà sur l'enveloppe). Nous vous conseillons de conserver l'autre formulaire de consentement à titre de référence.

Risques et inconvénients

La participation à ce projet représente un risque minimal pour vous personnellement. En termes d'inconvénients vous pourriez ressentir de la fatigue ou autres inconvénients reliés au transport, aux déplacements, au temps consacré à la recherche, etc.

Avantages

Il se peut que vous retiriez un avantage personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais on ne peut vous l'assurer. Il pourrait s'agir, par exemple, du développement de vos connaissances.

Par ailleurs, votre participation contribuera à lancer une nouvelle formation potentiellement très utile pour les membres de l'entourage d'une personne atteinte de troubles mentaux.

Confidentialité

Toutes les informations que vous nous fournirez demeureront strictement confidentielles. Nous attribuons un code à votre questionnaire de sorte que votre nom n'y apparaîtra pas. Toutes les mesures appropriées seront prises, en cours d'étude, afin que soit préservée la confidentialité des données recueillies à votre sujet. Seul un numéro d'identification apparaîtra sur les divers documents; votre nom ne figurera dans aucun rapport. Seuls le directeur de recherche aura accès à la liste de noms et de numéros d'identification des personnes désirant participer à l'entrevue de groupe. Toutes les informations et les données seront conservées sous clé dans les locaux de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et seront détruites 7 ans après la fin de l'étude. En cas de publication des résultats de l'étude, des mesures seront aussi prises afin qu'il soit impossible de vous identifier.

Participation volontaire

Votre participation est volontaire et vous êtes totalement libre d'accepter ou non de participer à ce projet de recherche. De plus, vous êtes libre, en tout temps, de vous retirer du projet sans pénalité, sans aucun préjudice. En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez nommément les chercheurs, les organismes, les entreprises ou les institutions impliqués de leurs responsabilités légales et professionnelles.

Personnes ressources

Si vous avez des questions concernant cette recherche, vous pouvez communiquer avec Gabrielle Chicoine par courriel.

Pour toute question sur vos droits à titre de sujet de recherche ou pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le Commissaire local à la qualité des services – Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Surveillance des aspects éthiques

Le Comité d'éthique de la recherche du centre de recherche Fernand Seguin a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche du centre de recherche Fernand Seguin.

Consentement

Si vous choisissez de participer, le fait d'avoir rempli le questionnaire d'enquête et de nous le retourner nous indiquera que vous avez lu et compris cette lettre de consentement et que vous acceptez de participer à la recherche «Étude évaluative d'une formation de gestion des comportements agressifs adaptée par et pour des membres de famille : Effets sur les proches atteints de troubles mentaux».

Participation à une entrevue individuelle

Par la présente, je désire signifier mon acceptation d'être contacté(e) pour l'entrevue de groupe. Je comprends que je reste libre de me retirer en tout temps et de ne pas participer à cette entrevue si je le désire.

Nom du participant (e) : _____

(Lettres moulées)

Signature _____ Date __ __ / __ __ / __ __ __

(Jour)(Mois) (Année)

Pour l'invitation à participer à l'entrevue de groupe, svp veuillez inscrire vos coordonnées afin que l'on puisse vous joindre :

Téléphone : (____) _____

En votre absence, pouvons-nous laisser un message?

Oui, ça ne me gêne pas Non

Courriel : _____

Adresse: _____

Appendice E

Addendum



Institut universitaire
en santé mentale
de Montréal

Le 17 avril 2013

Monsieur Jean-Pierre Bonin
Centre de recherche de
L'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

PAR COURRIEL

Objet : **Projet n° 2011-024 – Collaboration familles/organismes communautaires dans la création et l'implantation d'une formation novatrice sur la gestion de l'agressivité de leur proche atteint de troubles mentaux : évaluation du processus, de l'empowerment et des effets.**

Chercheur principal : Jean-Pierre Bonin
Cochercheurs : Caroline Larue et Jean-François Pelletier

Monsieur Bonin,

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, en comité restreint, accuse réception du « Formulaire de demande d'approbation d'une modification à un projet de recherche » (F1-456) déposé le du 10 avril 2013.

Le CÉR approuve les modifications suivantes :

1. Modification du Temps 2 pour les familles et les proches atteints, le faisant passer de 1 an à 4 mois, une fois la formation terminée. Après discussions au sein de l'équipe de chercheurs, le délai entre la formation et le Temps 2 leur apparaissait trop long permettant ainsi à de nombreuses variables confondantes de survenir au sein de la famille.
2. Ajout des questionnaires, décrits ci-dessous, pour la personne atteinte de troubles mentaux et dont le proche aidant a suivi la formation créée par et pour les familles afin de vérifier les effets perçus par ces derniers.
 - a) Données sociodémographiques : Un questionnaire, tiré de l'étude précédente auprès des proches aidants des personnes atteintes du Québec, permettra de décrire la situation des participants aux temps de mesure T1 et T2 quant à ces données.
 - b) Le Basis24 (Eisen, Dill et Grob, 1994), qui évalue l'intensité des symptômes reliés aux troubles mentaux dont souffre la personne atteinte. Cet instrument est reconnu

pour ses qualités psychométriques et a été traduit et utilisé par l'équipe de recherche lors d'un projet précédent sur les changements au centre hospitalier et au CUSM au cours des transformations vers une approche par programme clientèle. Nous croyons que, d'après le modèle qui soutient notre projet, ces symptômes devraient diminuer suite à la formation des familles sur la gestion de l'agressivité.

- c) Échelle de perception de l'agressivité. Il s'agit d'une version simplifiée du questionnaire « Perception of Agression Scale » (POAS; Abderhalden, C., et al. (2002)), lequel mesure la perception des comportements agressifs par le personnel soignant. Il a été adapté pour la situation des proches atteints. Il comprend douze items évalués par une échelle de Likert en cinq points. L'instrument adapté en français a été validé.
- d) Family Assessment Device – General Functioning Scale (Epstein, Baldwin, & Bishop, 1983) : Il s'agit d'un instrument qui identifie plusieurs domaines clés ou des caractéristiques qui sont communes aux familles heureuses. Epstein, Bishop, Ryan, Miller, et Keitner (1993) ont identifié les dimensions suivantes du fonctionnement de la famille en bonne santé: la résolution de problèmes, la communication, les rôles familiaux, la sensibilité affective, l'engagement affectif et le contrôle du comportement. Le FAD a été choisi car il est valide et fiable. Cet instrument mesure le fonctionnement général de la famille dans six domaines clés de fonctionnement familial. La fiabilité et la validité interne du FAD ont été démontrées dans des recherches antérieures avec des alpha de Cronbach sur les échelles allant 0,74 au 0,92 (Epstein, Baldwin et Bishop, 1983). Le FAD a également démontré une fidélité test-retest adéquate, de faibles corrélations avec la désirabilité sociale et des corrélations modérées avec d'autres autoévaluations du fonctionnement familial prouvant ainsi la validité concurrente de l'échelle (Miller, Epstein, Bishop et Keitner, 1985). Cet instrument a été ajouté pour le proche atteint.

Le CÉR prend note que les questionnaires seront distribués après la première et la deuxième vague de la formation soit en mars, avril et septembre 2013. Les membres des familles seront contactés par téléphone (T1) ou par leur formateur. Ils auront la possibilité de recevoir le questionnaire en main propre ou par la poste et de le remettre directement à leur proche ou de faire parvenir le questionnaire directement à ce dernier (N= 96). L'équipe de recherche procédera de la même façon une fois la formation complétée (T2).

Espérant le tout à votre entière satisfaction, je vous prie d'agréer, monsieur Bonin, mes meilleures salutations.