



Résumé

La violence perpétrée à l'endroit des membres de la famille par un proche souffrant d'un trouble mental sévère est un phénomène commun en psychiatrie légale, alors que près de la moitié des familles en est victime. Cette violence engendre des impacts significatifs à l'endroit de la famille, qu'ils soient physiques, psychologiques ou sociaux. Dans cet article, nous présentons les résultats d'un des cinq thèmes d'une étude qualitative réalisée auprès de familles victimes de violence perpétrée en contexte de troubles mentaux sévères. Plus particulièrement, le thème du dispositif médico-légal sera abordé dans cet article. Les travaux de Donzelot et Foucault agissent comme fondements théoriques permettant l'étude de cette problématique sous l'angle du gouvernement des familles. Les résultats de notre recherche indiquent que ce gouvernement s'effectue par l'entremise de certains mécanismes, dont l'instrumentalisation du rôle familial. Nous abordons aussi le processus de judiciarisation dans lequel s'inscrivent les familles, et la nécessité du critère de violence afin de faire hospitaliser le proche à risque.

Mots-clés famille, gouvernementalité, judiciarisation, psychiatrie légale, violence

Violence familiale, santé mentale et justice : une recherche qualitative sur l'expérience des familles vivant avec un proche présentant des comportements violents

ETIENNE PARADIS-GAGNÉ & DAVE HOLMES

Introduction

Au Québec, la majorité des personnes atteintes de troubles mentaux sévères sont prises en charge par la famille, qui agit bien souvent comme unique réseau de soutien pour le proche malade.[1] En effet, plusieurs auteurs affirment que la famille est maintenant le principal pourvoyeur de soin pour les personnes atteintes de troubles mentaux.[2-5] Dans ce contexte d'appropriation du rôle de soignant, il ressort des écrits que les membres de l'entourage vivant avec un proche atteint d'un trouble mental sévère sont souvent confrontés

à une problématique de violence, qui vient complexifier lourdement le fardeau associé à la maladie. Selon les études abordant cette problématique, près de la moitié des familles vivant avec un proche atteint d'un trouble mental sévère est victime de violence, qui peut se présenter sous différentes formes (ex. : psychologique, verbale, physique, sexuelle et envers soi).[3,6-8] Les différentes études font état de la difficulté des familles à devoir conjuguer à la fois avec la violence et la maladie.[9]

Nous savons que cette violence familiale peut engendrer des effets négatifs sur la santé mentale et physique des victimes (ex. : blessures physiques, état de stress post-traumatique, troubles anxieux et dépressifs),[3,10,11] en plus de mener à un processus de judiciarisation complexe. En effet, la concomitance entre violence et santé mentale conduit bien souvent les personnes malades vers un processus de judiciarisation, où les membres de la famille deviennent les acteurs principaux. Afin d'explorer davantage cette problématique d'envergure qui demeure peu documentée dans les écrits scientifiques,[8] nous avons conduit une

recherche qualitative auprès de personnes ayant un proche atteint de troubles mentaux présentant des comportements violents. Dans cet article, nous présenterons les résultats de cette recherche ayant pour but d'étudier l'expérience des familles aux prises avec une telle problématique de violence.

Recension des écrits

Étiologie de la violence

La présence de différents facteurs de risque est corrélée avec l'apparition de comportements violents dans la famille. De prime abord, la faible observance au traitement pharmacologique en raison du manque d'autocritique est vue comme une des causes principales. Ainsi, la diminution ou l'arrêt de la prise de la médication entraîne une exacerbation des symptômes de psychose (ex. : hallucinations auditives, idées délirantes de persécution et de paranoïa). Ces symptômes peuvent être associés à des sentiments de colère et d'anxiété à l'endroit de la famille, accentuant les conflits et le risque de violence.[8,12-16] En plus de la présence d'un diagnostic de trouble mental sévère tel que la schizophrénie,[13,17,18] d'autres facteurs sont associés à un plus haut risque de violence, soit la dépendance financière envers la famille,[19,20] l'imposition de limites au proche[7] et la présence d'un trouble concomitant d'abus de substances, en particulier l'alcool[7,13,21]. Il importe cependant d'être prudent par rapport aux données portant sur la corrélation entre les troubles mentaux sévères et la violence. En effet, le risque d'amalgame peut être des plus néfastes pour les personnes malades et leur entourage, puisque la majorité des personnes atteintes de troubles mentaux sévères ne commettront jamais d'acte violent.[17,21]

Conséquences de la violence

La double problématique de violence et de problèmes de santé mentale engendre un fardeau beaucoup plus lourd et sévère pour l'entourage [16,22]. Des émotions négatives sont aussi rapportées par les membres de famille victimes de violence, dont la peur, l'anxiété, l'impuissance, la frustration, le découragement et la culpabilité [15,16,23]. Il est aussi documenté que plusieurs obstacles provenant des milieux de soins (ex. : confidentialité, difficulté d'accès à l'information et exclusion du processus de soins) alourdissent le fardeau des familles.[24-26] On dénote en effet une difficulté de communication entre les intervenants des milieux psychosociaux et les familles, qui rapportent se sentir isolées et exclues.[15] Selon Katz et coll.[9], les membres de la famille qui perçoivent un risque de violence envers eux ont une moins bonne perception de leur rôle de proche aidant, aussi

associé à un plus grand fardeau. Absalom-Hornby, Gooding et Tarrier[27] nous informent que ce double fardeau est accentué en raison de la sévérité des symptômes de la maladie, de la médiatisation de la violence commise par le proche et des contacts avec les forces policières et le système judiciaire.

Judiciarisation

Les écrits consultés indiquent que la présence de violence dans la famille peut avoir pour conséquence la judiciarisation du proche malade. Lorsque des accusations surviennent, le proche ayant commis un geste violent dans un contexte de psychose pourra être jugé non-responsable criminellement pour cause de troubles mentaux, selon l'article 16 du Code criminel.[28] En pareille instance, il se verra contraint d'être hospitalisé pour subir des traitements, et sera sous mandat de la Commission d'examen des troubles mentaux. D'autres dispositions législatives en droit civil peuvent également entraîner l'hospitalisation involontaire du proche, notamment lorsque son état mental présente un danger grave et immédiat pour lui-même ou pour les autres.[29] Cette interaction entre la psychiatrie et le système de justice s'avère cependant préjudiciable pour la relation familiale.[30,31] En effet, les relations entre la famille et la personne malade deviennent conflictuelles en contexte de judiciarisation,[15,32] et une rupture du lien de confiance est à risque de se produire. Lorsque les membres de la famille forcent le proche à être hospitalisé contre le gré, ils doivent accepter une lourde responsabilité éthique.[15] Dans ce difficile contexte, les écrits recensés nous indiquent que plusieurs familles évitent de déclarer la violence dont ils sont victimes par crainte de judiciarisation et d'emprisonnement du proche.[2,5,14] En effet, les membres de la famille se sentent coupables de faire hospitaliser le proche contre son gré, notamment lorsque les forces policières sont impliquées.[15,33] Selon Hyde[34], les familles refusent également de divulguer la violence dont elles sont victimes sous peine de stigmatisation. Pour Goffman [35], la stigmatisation désigne un attribut jetant le discrédit envers une personne ou un groupe identifiable, et peut servir de moyen de contrôle social. On observe que cette stigmatisation, qui peut être dirigée à la fois à l'endroit du proche et de sa famille, est fortement accentuée en présence de violence et de judiciarisation.[5,7,16,36]

Cadre théorique

Gouvernement de la famille

Le cadre théorique qui sous-tend cette recherche est celui du gouvernement des familles de Jacques Donzelot.[37] Pour cet auteur, la famille se voit instrumentalisée par le pouvoir

médico-légal, et devient un terreau fertile pour des pratiques de gouvernementalité. Selon les écrits recensés, il semble en effet que le gouvernement des familles se fasse par l'action combinée de deux grands dispositifs étatiques : la psychiatrie et la justice. Pour Foucault, un dispositif désigne un ensemble hétérogène de savoirs, de méthodes et d'institutions qui ont pour but de gouverner, de gérer ou encore de contrôler les comportements des personnes et des familles.[38] Un tel dispositif s'inscrit à travers des dynamiques de pouvoir, et a une fonction de soin et de contrôle sur les corps malades et à risque de violence.

Selon la perspective du gouvernement des familles de Donzelot, la famille est instrumentalisée par le dispositif disciplinaire (psychiatrie et justice), et doit s'appropriier un mandat de soin et de contrôle social. Dans ce contexte, la gouvernementalité offre la capacité d'inculquer à la famille des pratiques de gestion de la violence et de prise en charge de la maladie. Ces pratiques peuvent s'inscrire dans une optique de surveillance (incitation à l'observance au traitement pharmacologique), de prévention (formation sur l'intervention en situation de crise) ou de punition (hospitalisation forcée et arrêt des congés autorisés).

Afin de bien faire ressortir les dimensions politiques de ce gouvernement de la famille, une perspective théorique poststructuraliste est utilisée dans cette recherche. Le poststructuralisme est une perspective affirmant que les phénomènes sociaux sont indissociables d'une certaine structure. Celle-ci se doit d'être déconstruite afin de mettre en lumière les relations de pouvoir, les discours dominants et l'utilisation du langage et des savoirs à des fins normatives.[39,40]

Rôle de la famille dans la gestion des risques

Pour Donzelot, le gouvernement de la famille s'effectue grâce à un dispositif élaboré, qui fonde son pouvoir particulièrement sur le concept du risque. Gori[41] nous informe d'ailleurs que la psychiatrie ne base pas uniquement son pouvoir sur la rationalité scientifique, mais également sur le gouvernement des conduites et le contrôle des populations. Ainsi, dans le modèle psychiatrique contemporain, l'identification précoce des situations à risque de violence est priorisée.[42] Le savoir psychiatrique devient alors un discours dominant influençant le système juridique et social, comme nous l'indique Donzelot[37] :

La transformation de la posture du psychiatre, l'élargissement de sa vocation sociale, résultent d'une part de la critique interne de la psychiatrie, et d'autre part de la sollicitation externe dont elle est l'objet par la montée des dispositifs disciplinaires

qui la requièrent sur un autre mode que ne l'avait fait l'appareil judiciaire. [...] La maladie mentale n'est plus une exception spectaculaire que l'on doit isoler et éventuellement traiter, mais un phénomène toujours latent, nécessitant un dépistage précoce, une intervention prophylactique [...].(p.118-9)

Cependant, cette prévention accrue, effectuée au nom de l'intérêt commun et de la sécurité du public, viole les frontières de l'existence privée et se base sur une notion de risque qui demeure dans la sphère subjective.[42] Pour Otero[32], nous sommes présentement dans une ère thérapeutique qui se caractérise par la gestion des risques et la judiciarisation de la psychiatrie. Cette ère est fondée notamment sur le contrôle par les dispositions légales, l'hospitalisation en cas de dangerosité imminente et la gestion des risques dans la communauté. Mason et Mercer[43] abondent eux aussi en ce sens, abordant le concept d'« état thérapeutique » fondé sur la prise en charge et le traitement en communauté des personnes malades et à risque de violence. Faisant partie de ce dispositif disciplinaire, la famille est invitée et instruite à jouer un rôle utilitaire de gestionnaire de risque, non plus de simple proche aidant.[37] Elle devient assujettie à un rôle d'intervention, agissant en pleine continuité du système de santé. Les attentes à l'égard des membres de la famille sont maintenant d'observer les comportements, surveiller la prise de la médication, rapporter l'information et intervenir en utilisant diverses stratégies de prévention de la violence. Le rôle familial, fondé sur les savoirs expérientiels, sur la connaissance du proche et la relation de confiance avec celui-ci, est esquivé pour laisser place à l'intervention médicale, celle des experts du risque.

Méthodologie

Sur le plan méthodologique, le devis de cette étude est de type qualitatif et la théorisation ancrée a été utilisée comme stratégie de recherche. Il s'agit d'une méthodologie qui permet d'étudier une problématique en générant un modèle ou une théorie à partir des données recueillies.[44]

Le recrutement de participants s'est effectué du 15 février au 20 juin 2017, et 14 membres de famille ayant été victimes de violence perpétrée par un proche atteint de troubles mentaux sévères ont été rencontrés dans le cadre d'entretiens semi-structurés.[45] Ces entretiens ont été réalisés individuellement ou avec deux parents à la fois, et un guide d'entretien a été utilisé afin d'orienter les questions d'entrevue. Les participants provenaient de 10 familles différentes à travers la région de Montréal, de la Montérégie et des Laurentides. La violence perpétrée était soit de nature physique (ex. : agressions, coups et assauts), psychologique (ex. violence verbale, injures et

menaces), envers les objets (ex. : briser des choses, lancer des objets) ou sexuelle. Pour la plupart des familles, le proche souffrant de troubles mentaux était hospitalisé dans un établissement de psychiatrie légale, ou bien suivi dans une clinique externe de psychiatrie générale. Parmi l'échantillon, un proche est décédé par suicide il y a plusieurs années. Le tableau suivant présente le portrait sociodémographique des participants. Tableau 1.

L'échantillonnage des participants a été effectué jusqu'à l'obtention de la saturation théorique, soit le moment dans la recherche où les concepts sont tous développés, et qu'il n'est plus pertinent de collecter davantage de données, car le construit théorique possède une grande profondeur.[46] Des notes d'observation et des mémos analytiques ont été rédigés, et ont aussi fait partie du matériel analysé. Le processus analytique s'est effectué de manière itérative[44], et nous avons eu recours à la méthode d'analyse qualitative de Paillé[47] (codification; catégorisation; mise en relation; intégration; modélisation et théorisation), qui se veut structurée et systématique.

Approbation éthique du projet

Le projet de recherche a été évalué et accepté par le Comité d'éthique de la recherche de l'Institut Philippe-Pinél de Montréal ainsi que le Comité d'éthique de la recherche en sciences de la santé et en sciences de l'Université d'Ottawa.

Résultats

Nous présentons plus bas les résultats découlant de cette recherche en théorisation ancrée. Cinq thèmes ont émergé suite à l'analyse des données, soit : 1) le dispositif médico-légal; 2) l'expérience de la violence; 3) la prise en charge du proche par la famille; 4) les mécanismes d'exclusion et de stigmatisation et 5) souffrances et résilience. Cet article portera spécifiquement sur le premier thème analysé, soit celui du dispositif médico-légal.

Dispositif médico-légal

Selon les résultats de notre recherche, la présence de violence à l'intérieur de la famille entraîne un contact à la fois avec les milieux judiciaires et hospitaliers. En effet, l'ensemble des familles rencontrées ont eu à côtoyer ces deux milieux. Nous définissons cette interaction entre le système de justice et la psychiatrie comme étant le dispositif médico-légal. Pareil dispositif est mis en place afin de répondre à des besoins cliniques, ainsi que dans une optique de protection du public.

Judiciarisation

La judiciarisation du proche atteint de troubles mentaux présentant des comportements violents est une réalité omniprésente chez les familles consultées. Afin d'être intégré dans le processus de judiciarisation, le proche doit avoir

Tableau 1		
Participants	Lien avec le proche	Diagnostic du proche
1	Mère	Schizophrénie
2	Nièce	Schizophrénie
3	Sœur	Schizophrénie
4 et 5	Mère et père (parents adoptifs)	Trouble des conduites et organicité
6 et 7	Mère et père (parents adoptifs)	Trouble du spectre de l'autisme / Psychose
8 et 9	Mère et père	Trouble du spectre de l'autisme
10	Fille	Schizophrénie
11	Mère adoptive	Trouble psychotique
12	Père	Schizophrénie
13 et 14	Grand-mère et oncle	Trouble schizoaffectif

commis des gestes violents, ou encore présenter un risque imminent de dangerosité. Ce processus est parsemé d'allées et venues entre différents lieux de contrôle que sont l'hôpital, le tribunal et dans certains cas la rue et la prison. Une fois que le proche malade est « inséré » dans le processus de judiciarisation, les membres de la famille doivent naviguer à travers un nouveau monde qui leur est inconnu. Ils essaieront du mieux qu'ils peuvent d'aider le proche à travers ce dédale et tenteront eux-mêmes de mieux connaître cette nouvelle réalité et les acteurs en présence (ex. : psychiatres et équipes traitantes, policiers, agent de probation, etc.)

Nous avons constaté que la conception de la judiciarisation peut varier considérablement entre les membres de la famille et les professionnels de la santé. Selon les participants à notre étude, les professionnels considèrent la judiciarisation comme un moyen permettant de faire interner et traiter la personne malade. Cependant, elle est perçue de manière péjorative et nuisible par plusieurs familles. Pour ces dernières, un dossier criminel accompagné d'un suivi judiciaire n'apparaît pas comme une solution, mais comme un problème en soi. La famille craint à ce moment l'apposition d'une étiquette sur le proche, soit celle d'une personne considérée violente et dangereuse, qui sera reconnue et stigmatisée en société.

[Mon fils] a eu des condamnations pour être soigné et vivre dans un endroit où il est supervisé pour la médication. Là, il a un dossier criminel contre lui, et ça devient dangereux comme situation. Maintenant, ça devient dangereux, car s'il revient dans un état où il arrête de prendre ses médicaments, il va commettre un autre acte [...]. Un moment donné, il sera une personne considérée [violente]. (participant 12)

La judiciarisation, décrite par les familles comme un cheminement complexe et déroutant, peut se produire lorsqu'une requête pour évaluation psychiatrique est déposée à la cour ou qu'un appel aux policiers est effectué pour cause de violence. Porter plainte au criminel contre la personne malade, suite aux gestes violents, est un autre moyen utilisé afin de judiciariser. L'acte de porter plainte contre le proche en raison des actes de violence qu'il a perpétré est une réalité à laquelle plusieurs participants sont confrontés. Parmi les participants que nous avons rencontrés, aucun d'entre eux n'a porté plainte contre le proche relativement à la violence subie. Certes, la majorité a fait appel aux policiers en situation plus à risque, et certains participants ont déposé une requête à la cour afin de faire hospitaliser le proche contre sa volonté. Une participante nous a cependant mentionné avoir déjà eu la réflexion de porter plainte lors d'épisodes de violence.

Je n'ai jamais été blessée, non. Mais il était toujours à ça de le faire, mais j'appelais la police. J'appelais la police, mais je n'ai pas porté plainte.

Chercheur : Seulement pour arrêter la crise ?

Pour lui dire : « tu ne fais pas ça ». Pour lui dire que moi, ça s'arrête là. Puis s'il recommençait, j'aurais porté plainte. Parce que c'était... moi, je n'avais plus aucune prise sur lui... C'était comme, pour lui dire que ça s'arrête là. J'en ai enduré pas mal. Il a tout pétié dans la maison. (participante 11)

Une autre dimension rapportée par les participants dans le cadre de notre étude est celle de l'incitation à porter plainte contre le proche. Dans certains cas, les professionnels de la santé n'hésitent pas à inviter les membres de famille victimes de violence à poursuivre leur proche. Cette incitation, décrite par les familles, s'effectue dans l'optique de faciliter l'accès à l'hospitalisation et au traitement.

Ils voulaient que je porte plainte à l'hôpital. J'ai dit non, il n'est pas responsable, il ne sait pas ce qu'il fait. [...] c'est un infirmier qui m'a demandé de faire ça. Il essayait de me convaincre que c'était une bonne chose et qu'il n'y avait pas de risque que [mon fils] soit reconnu responsable. « On va juste utiliser le fait que tu portes plainte pour obtenir un jugement contre lui, pour qu'on puisse administrer les médicaments si on s'en aperçoit qu'il les a arrêtés ». J'ai dit, peut-être que ce que vous dites, c'est théoriquement faisable, mais en réalité c'est impossible. (participant 12)

Quand [le médecin] est venu pour m'informer, il est arrivé et il m'a demandé : « faites une plainte, comme ça on va obtenir un jugement de la cour, qui va nous donner le droit, n'importe quand, d'aller le chercher. » (participant 12)

Selon ce participant, il est inconcevable de déposer une plainte à l'endroit de son propre fils, bien qu'il soit à risque de violence. Cette action est contraire au rôle d'un parent, qui doit s'assurer de ne pas faire subir de préjudice à son enfant. L'incapacité à pouvoir concevoir la plainte comme étant bénéfique pour le proche a aussi été soulevée par d'autres participants lors des entretiens.

Pour moi, la plainte n'est pas thérapeutique. [...] je suis capable de dire qu'aujourd'hui, le système judiciaire ne donne rien de plus à [mon fils]. (participante 8)

En plus d'être incités à déposer des plaintes au criminel en présence de violence, les membres de famille sont aussi invités à utiliser le système judiciaire afin de favoriser la mise en place d'autres mécanismes médico-légaux. Mentionnons notamment la requête à la cour afin d'obtenir la garde en établissement ou la mise sous tutelle du proche.

Le médecin m'a dit : « vous pouvez le faire. Allez présenter une requête à la cour, et dites qu'il ne prend pas ses médicaments, et qu'il représente un risque pour lui-même et pour les autres. Il faut que vous prouviez cela. » OK. J'étais pour prendre un avocat, j'ai travaillé à peu près jusqu'à six heures du matin à préparer tous les faits [...] (participant 12)

Une participante a aussi été fortement incitée par les professionnels de la santé à faire les démarches au tribunal pour devenir la tutrice légale de sa mère, atteinte de schizophrénie.

La psychiatre a insisté pour que [ma mère] soit obligée d'avoir le [suivi intensif en communauté]. Mais elle a encore réussi à s'en sauver. Refus de traitement. Elle n'en veut pas. [...] Pour qu'elle soit obligée, il faudrait que je devienne sa tutrice. Mais je ne veux pas. Même les médecins sont découragés, car ils aimeraient que je devienne sa tutrice. Mais je ne veux vraiment pas. Je ne veux pas qu'ils me mettent de pression [...] Un moment donné, disons que le travailleur social m'appelait beaucoup. [...] Ils voulaient faire une grosse rencontre, mais je n'ai pas voulu y aller. J'ai refusé parce que chaque fois que je sors de l'hôpital, je ne me sens vraiment pas bien. Je ne veux plus vivre ça. (participante 10)

Dans cet extrait, on note que la participante est invitée à devenir la tutrice légale afin de faciliter les prises de décision clinique et de pouvoir mieux traiter sa mère. Cette prise en charge devient ainsi officialisée, légalisée par un jugement de la cour. D'autres familles soulèvent également la pression induite et les critiques à leur endroit effectuées par le dispositif médico-légal.

Si on n'avait pas été là, mon fils sort demain matin [de l'hôpital] et il n'a plus de logement. (participante 7)

Un moment donné, il a fait un séjour [en pédopsychiatrie]. Il est revenu à la maison et ça a recommencé. Les gens à l'hôpital nous ont dit : « mais qu'est-ce que vous faites à la maison ? » Mais la réalité, c'est qu'il avait besoin d'un cadre institutionnel. C'est ça la réalité. Mais évidemment ça avait l'air : « mais que faites-vous à la maison ? » Bien, on faisait ce qu'on pouvait. (participante 11)

L'instrumentalisation du rôle familial engendre à ce moment l'acceptation d'une nouvelle responsabilité, soit celle de devenir l'agent de contrôle social permettant de faire traiter le proche contre son gré. Nous avons cependant constaté que les pressions effectuées par les professionnels de la santé afin d'inculquer à la famille un rôle accru de prise en charge du proche s'effectuent sans toutefois soupeser les impacts, dont la surcharge, l'épuisement, le stress et le sentiment de culpabilité.

Nous constatons, au regard des données analysées, que le recours aux policiers et à la judiciarisation est une stratégie de dernier recours pour les familles. Nous savons à ce moment qu'une nette tension est à risque de se produire dans les relations avec le proche. Des participants ont fait mention du sentiment de colère ressenti par celui-ci après que la famille ait déposé une requête à la cour. Dans ce contexte, la compréhension de la démarche de la famille peut être absente

chez le proche en raison de son état mental décompensé.

C'était déchirant pour ma mère, ce n'était pas [...]. Bien, l'entendre en colère [le proche]. Après avoir posé le geste d'aller chercher le papier pour sortir ton fils de la maison. Mon père, je sais que ça avait demandé énormément de... tu sais c'est une grosse décision, de dire : « moi je ne peux plus rien faire en tant que parent, je suis obligé de le mettre dans l'institut psychiatrique », ça n'arrive pas à tous les coins de rue. (participante 3)

Nous avons observé que le manque de reconnaissance de la maladie par le proche est une réalité à laquelle la plupart des familles sont confrontées. Dès lors, faire hospitaliser le proche contre son gré n'est certes pas une démarche aisée. Lorsqu'il refuse d'être traité et hospitalisé, il doit présenter un risque de violence imminent contre lui-même ou contre les autres afin de pouvoir outrepasser son refus. La dangerosité devient alors le critère prépondérant pris en compte afin de le faire hospitaliser ou non. La décision des policiers d'intervenir dans une situation de crise dépend elle aussi de ce critère, ce qui est source de frustration et d'impuissance pour plusieurs participants. Les propos de ces derniers nous ont permis d'analyser que le dispositif médico-légal ne se met pas en branle dans une optique préventive, mais plutôt comme ultime recours lorsque l'intégrité de la personne est en danger. Cette présence nécessaire de violence pour faire hospitaliser le proche peut être complexe pour les familles. Celles-ci doivent attendre que l'état du proche se détériore, ou qu'il présente des comportements plus à risque avant de pouvoir lui venir en aide. Elles doivent documenter aux policiers et aux professionnels de la santé l'urgence de la situation et la présence du risque imminent. Nous avons vu cependant que les familles peuvent être confrontées à un manque de collaboration de la part de ces instances, qui ne partagent pas nécessairement une définition consensuelle du critère de dangerosité.

J'ai appelé l'ambulance et la police. Les policiers ont refusé [de l'amener à l'hôpital]. Ils ont dit : « ton fils, il a l'air de savoir ce qu'il fait, il est conscient, on n'a aucun droit de l'emmener de force. » J'ai dit au policier que peut-être qu'il est conscient de ce qu'il fait, mais ce qu'il fait n'est pas logique. Ils sont partis, le policier a dit : « on va l'emmener à l'autobus, il va prendre l'autobus pour aller [au centre-ville], et c'est tout ce qu'on va faire. » (participant 12)

Le processus que doivent traverser les familles afin de faire hospitaliser le proche contre son gré est complexe. Le fardeau de démontrer la présence du risque de violence incombe à ce moment à la famille qui est, en même temps, la victime.

Il a fallu que je parle longtemps avec [les policiers], pratiquement une heure de temps au téléphone. Ils disaient : « est-ce que lui-même est en danger ? » [...] «

Est-ce qu'il a mis la vie des autres en danger? [...] » J'ai ressorti l'histoire de la fin des années 90, où il a tenté de tuer son frère : « il a un potentiel de dangerosité! » Et j'ai ajouté : « l'an passé, vous l'avez arrêté, car il délirait. C'est encore la même chose qui se passe. » Mais ils ne voulaient pas intervenir. Ils voulaient que je fasse des démarches avec la cour, afin d'avoir une ordonnance. (participante 2)

La violence comme critère pour faire hospitaliser le proche peut cependant être le prélude d'un drame plus grave. Attendre que le proche soit plus agressif et violent afin de le faire hospitaliser peut, pour certaines familles, avoir des conséquences désastreuses. Dans l'extrait d'entrevue suivant, la participante a tenté à plusieurs reprises de faire hospitaliser le proche, sans succès. Celui-ci a par la suite coupé les contacts avec la famille. Alors en pleine psychose, il a agressé grièvement des personnes dans un lieu public.

Ça a pris ce que ça a pris, un épisode d'extrême violence, presque la mort de quelqu'un pour... qu'ils l'hospitalisent pour vrai, pour qu'ils le soignent pour vrai! [...] c'est ça qui est bien dommage dans notre système. Ça a pris qu'il poignarde pour que... que là le système se mette en branle : « ha là il est dangereux! » et qu'ils le soignent. Il a fallu qu'il devienne extrêmement dangereux pour être soigné. Avant ça, il n'était pas assez dangereux... (participante 1)

Face à la difficulté de faire hospitaliser le proche sans présence d'un risque imminent, les familles se retrouvent démunies et suspectent le pire. En effet, nous avons pu constater que certains participants attendent que l'état du proche se détériore et qu'il devienne de plus en plus agressif avant de pouvoir appeler les policiers pour le faire hospitaliser. Malheureusement, des gestes de violence peuvent se produire entre temps, lorsque la personne est en pleine crise.

Ça faisait deux mois que je savais que ça n'allait pas bien, on attendait juste qu'il pète sa coche pour pouvoir le rentrer à l'hôpital. (participante 2)

Ça a pris tant d'années avant qu'il rentre dans le système, et ça a pris tant de souffrance. (participante 1)

Nous avons été à même de constater que la nécessité du critère de violence est déroutante pour les familles, qui doivent composer avec les dispositions légales faisant prévaloir la défense des droits de la personne et le respect des libertés individuelles. Certains participants ont fait ressortir la difficulté de trouver un équilibre entre la protection du public d'une part, et de l'autre, le respect de l'autonomie et des volontés du proche. Cette dualité entre le contrôle par l'hospitalisation forcée et le respect des droits individuels est une réalité des plus complexes pour les familles, qui sont aux premières loges pour en constater les impacts.

On est tout le temps dans [...] la liberté d'autrui. On

a le droit de faire ce qu'on veut, tant qu'on ne nuit pas, qu'on ne mette pas personne en danger. Mais, justement, pour ces personnes-là, qu'est-ce qu'on peut faire pour éviter que ça décompense comme ça? (participante 2)

Stigmatisation

Notre étude a aussi mis en relief la présence de mécanismes de stigmatisation, qui peuvent affecter simultanément la personne atteinte de troubles mentaux et l'ensemble de sa famille. Le phénomène de double stigmatisation que nous avons analysé à travers les données implique que la personne est stigmatisée à la fois en raison de la maladie mentale et du risque de violence qu'elle présente.

Ce qui se passe avec les patients qui sont schizophrènes ou avec l'autisme, qui sont pris avec un problème de violence comme [notre fils], c'est l'incompréhension. On ne comprend pas. On est prêt à juger, on est toujours porté à les montrer du doigt. (participante 8)

La judiciarisation du proche, ponctuée parfois d'interventions policières et de séjours en prison, exacerbe tout autant ce double stigmate. Nous avons également pu observer le phénomène de l'association du stigmate à la famille. En effet, certains participants en viennent eux-mêmes à ressentir les jugements et les regards dirigés vers le proche, et deviennent eux aussi porteurs des tares associées à la schizophrénie et la violence du fait de leur lien familial.

Ça m'est déjà arrivé par la suite d'aller chez mon oncle pour aller entre autres nettoyer son logement et vider certaines choses pour lui amener à l'hôpital. J'ai moi-même senti le regard des gens. J'avais l'impression d'être reconnue, puis qu'on se questionnait. (participante 2)

Nous avons constaté que la couverture médiatique engendrée par les gestes de violence perpétrée par le proche augmente considérablement la stigmatisation. La médiatisation de cette violence peut avoir des effets catastrophiques pour les familles, surtout lorsqu'il y a divulgation de l'identité du proche et de son lieu de domicile.

Ça a passé dans les journaux, on ne pouvait pas le cacher! (participante 1)

Tout le monde était là avec leur chaise à voir le spectacle qui se passait dans la rue avec les policiers. Et il y a eu des vidéos de lui qui se sont promenés sur le net, ça a passé dans les journaux. (participante 2)

Nous savons également que les mécanismes de stigmatisation et d'exclusion sociale peuvent dans bien des cas engendrer la discrimination du proche malade (difficulté d'accès à un logement et à l'emploi, précarité socioéconomique, etc.)

Avec la discrimination qu'il va avoir mon oncle après

[l'intervention policière], tout le monde va le reconnaître dans la rue. Et les gens, qu'est-ce qu'ils vont penser? Tout ce qu'ils vont remarquer, c'est que c'est une personne qui a des problèmes de santé mentale et qui peut être hyper dangereuse. (participante 2)

Des participants ont mentionné que dans le contexte social québécois, l'amalgame entre la violence et la maladie mentale est omniprésent. Selon plusieurs familles, des changements sociétaux doivent être mis en place afin de lutter contre la stigmatisation de la maladie mentale.

Je dirais qu'on en parle beaucoup à la télé, mais ce n'est pas encore très ouvert. On ne change pas nos mentalités en quelques années. Et là il y a de plus en plus de gens qui s'affirment, ayant une maladie mentale. Ça fait du bien à ceux qui sont pris avec ça et qui ne peuvent pas en parler. (participante 1)

Les maladies mentales, c'est encore tabou, je pense. Il y a encore bien du chemin à faire. (participante 10)

Discussion

Dans cet article, nous avons décrit la présence du dispositif médico-légal, qui fait intervenir différentes instances des domaines judiciaire et hospitalier. Mentionnons par exemple les tribunaux adaptés à la santé mentale, la Commission d'examen des troubles mentaux et les différents services de psychiatrie en milieu hospitalier et dans la communauté. Nous avons pu analyser que ce dispositif s'inscrit à travers des dynamiques de pouvoir, et peut avoir des fonctions de soin et de contrôle. Tel que le présente Donzelot, le dispositif psychiatrique s'immisce dans l'intimité de la famille en y dictant les normes sociales de gestion et de prévention du risque, afin d'y exercer un gouvernement des conduites.[37]

Faute de ressources et de soutien en amont de la crise, l'association entre santé mentale et violence entraîne souvent la judiciarisation du proche. Les études démontrent en effet que les membres de famille se retrouvent démunis face au manque d'accès aux services de santé.[2,7,9] Devant ces difficultés d'accès auxquelles s'ajoute la détérioration de l'état mental du proche, la famille se voit incitée à recourir au système judiciaire.[24,30,31] À cet effet, Goffman[48] nous indique que la famille doit à ce moment entrer dans la « conspiration du silence » afin d'obtenir les services d'aide appropriés : « son plus proche parent le presse d'aller discuter de son affaire avec un médecin, un psychiatre consultant, ou tout autre conseil. Se montre-t-il réticent, on le menace d'abandon, de désaveu, ou de tout autre recours légal, ou au contraire on invoque la sympathie et le caractère purement exploratoire de la consultation ». (p.191) Selon Otero[32], les proches sont invités à utiliser l'appareil judiciaire pour obtenir une aide formalisée. Pour le sociologue, le recours à

la judiciarisation :

[...] joue un rôle important dans la gestion de la conflictualité de proximité (famille, amis, voisins, co-résidents, etc.) dans des contextes où la famille et l'entourage sont à bout de ressources, impuissants ou épuisés et, indirectement, à la recherche d'une forme de prise en charge par défaut plus structurée pour certains membres de la famille ou certains proches vulnérables, dérangeants et, parfois, menaçants ou agressifs.(p.28)

Selon l'angle de la théorie critique, nous constatons que le recours à la judiciarisation s'effectue dans une optique de contrôle et de normalisation de la personne malade et de sa famille. Nous avons pris conscience que ce processus de judiciarisation est utilisé comme levier afin de permettre l'hospitalisation et le traitement contre le gré. Dans ce contexte, la famille joue un rôle clé dans la mise en place du dispositif médico-légal, sans pourtant y être pleinement consentante. Elle doit travailler de pair avec l'appareil policier et le milieu hospitalier afin d'assurer, simultanément, la prise en charge et le contrôle du proche au domicile. Une telle réalité risque de susciter une forte ambivalence chez la famille, qui doit alors s'approprier deux rôles dichotomiques. Lors d'une situation de crise qui dépasse son propre contrôle, elle fait alors appel aux forces de l'ordre, avec qui elle doit faire équipe afin d'assurer la sécurité de ses membres tout comme celle du proche à risque de violence.

Des mécanismes de surveillance et de discipline ont été relevés dans le cadre de notre analyse des données empiriques. Que l'on pense par exemple à la surveillance constante du proche par la famille, à l'évaluation continue de son état mental afin de prioriser les interventions adéquates et à l'observance de la prise de la médication. Selon Foucault[49], les membres de la famille sont considérés être des agents sociaux de contrôle qui doivent s'intégrer dans un dispositif disciplinaire.

Notre étude a mis en lumière la difficile réalité avec laquelle les familles doivent concilier, soit la nécessité du risque de violence comme porte d'entrée à l'hospitalisation. Cette réalité est source de frustration et de colère, puisque les familles doivent parfois être victimes afin que le proche puisse bénéficier des soins requis. Ce constat soulève d'importantes questions éthiques, sachant que la famille se retrouve dans l'attente d'une décompensation de l'état du proche afin de permettre son hospitalisation. Selon notre analyse, l'utilisation de la violence comme levier facilite la mise en place d'un traitement judiciarisé au long court, le plus souvent sous autorisation de soins. L'étude de Copeland et Heilemann[23] soulève également que la violence doit être présente afin que le proche soit hospitalisé contre son gré.

La nécessité du critère de violence est cependant néfaste, car elle incite les familles à attendre que le proche présente des comportements agressifs afin de le faire hospitalier ou de recevoir de l'aide. Elle laisse les familles dans l'impuissance, augmentant la peur et l'inquiétude. L'étude qualitative de Nordström et coll. [16] relève aussi de tels constats.

Vivre avec la violence est une expérience difficile, complexe, voire catastrophique pour les familles. L'apparition de cette violence dans la sphère familiale est un moment troublant, qui vient bouleverser de nombreux aspects biopsychosociaux. Cependant, nous constatons que la capacité de vivre avec cette violence et d'accepter d'en être victime est attendue de la famille par le dispositif médico-légal. C'est pourquoi les membres de l'entourage doivent développer une certaine tolérance à la violence, ce qui a d'ailleurs été décrié par certains participants. Cette réalité a aussi été soulevée dans d'autres études sur le sujet. Les participants de l'étude qualitative de Chang et Horrocks[50] mentionnent avoir le devoir d'endurer la violence dont ils sont victimes. Selon ces auteurs, les membres de la famille rapportent devoir persister dans leur rôle de soignant malgré l'adversité et la violence. Les résultats de l'étude de Kontio et coll.[15] portent également sur le concept de tolérance à la violence; faute de soutien adéquat, les participants mentionnent devoir continuer à subir la violence du proche.

Inciter la famille à porter plainte est un autre mécanisme d'instrumentalisation qui a été présenté dans nos résultats. Cette incitation à porter plainte s'effectue par l'entremise des policiers et des intervenants de la santé. Il est énoncé à la famille qu'elle peut faire des démarches judiciaires afin de faciliter l'accès au traitement pharmacologique et le recours à l'hospitalisation. Cependant, les participants de notre étude ont rapporté ne pas comprendre comment une poursuite peut être aidante et thérapeutique pour le proche. Les résultats de l'étude de Copeland et Heillemann[23] abondent aussi en ce sens. Selon Goffman[48], l'argumentaire rhétorique élaboré par le dispositif médico-légal incite les familles à porter plainte contre le proche afin de faciliter l'hospitalisation contre le gré. Cette instrumentalisation de la famille est décrite de la sorte par le sociologue :

Ce sont souvent les intermédiaires qui, par le déploiement fallacieux de leurs argumentations psychiatriques et leur foi dans le caractère médical des hôpitaux, définissent la situation pour le parent et lui donnent l'assurance que l'hospitalisation est une solution raisonnable et efficace, qu'elle n'implique de sa part aucune trahison, mais qu'elle est plutôt une action médicale entreprise dans l'intérêt profond du malade. Le proche-parent peut alors découvrir qu'à remplir ainsi ses devoirs à l'égard du malade il gagne

sa défiance et même un temps sa haine.(p.197)

La famille est incitée, parfois sous pression, à collaborer avec les équipes soignantes, les forces de l'ordre et le système de justice. Pareille pratique discursive est aussi rapportée par Lefley[2]. Cette collaboration s'effectue cependant de manière unilatérale, sans collaboration réelle avec la famille.

Enfin, l'appel aux forces policières, le recours au tribunal et l'hospitalisation contre le gré sont des actions posées par la famille en dernier recours afin d'assurer la sécurité de l'entourage et du proche malade. Cependant, ces mesures ultimes laissent des traces indélébiles dans la relation familiale à travers le temps. Nous avons constaté dans notre recherche que le recours à la judiciarisation par la famille engendre colère et ressentiment chez le proche. Une coupure dans les contacts est aussi à risque de se produire. Un constat similaire à nos résultats de recherche est également soulevé par Lefley[2].

Conclusion

Cette recherche avait pour objectif d'explorer l'expérience des membres de familles victimes de violence par un proche atteint de troubles mentaux sévères. Nous avons aussi voulu étudier les stratégies utilisées par les familles afin de composer avec cette violence. Les relations entre la famille, les milieux soignants et les organismes d'aide ont aussi été explorés selon une perspective poststructuraliste. Notre recherche fait état des difficultés rencontrées au quotidien par les familles qui vivent avec un proche présentant des comportements violents. Nous avons pu voir que ces familles se retrouvent souvent isolées socialement, qu'elles sont victimes de stigmatisation et qu'elles sont peu intégrées dans la planification des soins de santé. Nos résultats ont aussi démontré que la collaboration avec le dispositif médico-légal s'effectue dans un rapport de convenance. En effet, la famille est incitée (et parfois forcée) à s'approprier un plus grand rôle dans la prise en charge du proche atteint de troubles mentaux, sans toutefois avoir le soutien et les ressources nécessaires. En plus de subvenir aux besoins du proche, les membres de la famille sont aussi invités à surveiller les comportements du proche et à s'assurer de la prise de la médication. Cette instrumentalisation du rôle familial engendre cependant des effets iatrogènes importants, dont l'alourdissement du fardeau, la détresse psychologique et l'effritement des relations entre les membres d'une même famille. Nous avons également pu déceler la présence d'un conflit de rôle chez les participants, qui sont invités à être simultanément des agents de soin et de contrôle.

Les résultats de notre étude mettent en lumière la nécessité de susciter la discussion et la réflexion critique chez le personnel infirmier et l'ensemble des professionnels de la santé par rapport à la problématique de la violence commise par un proche atteint de troubles mentaux envers la famille. Les résultats de cette étude montrent qu'il s'avère important pour les professionnels de mieux explorer la détresse des familles et évaluer s'il y a présence d'un risque de violence lors de l'admission d'un proche. Il serait aussi opportun de mettre en place des interventions de soutien adaptées aux familles victimes de violence, et ce, afin de travailler en amont de la situation de crise.

Les participants rencontrés en entretien ont soulevé, de manière unanime, l'importance d'avoir une meilleure prise en charge du proche par le milieu hospitalier afin d'alléger le lourd fardeau qui les affligent. Augmenter l'offre de services en santé mentale, notamment en matière de ressources d'hébergement et de programmes de répit pour les familles, est une autre recommandation découlant de cette recherche. Afin de prévenir le risque de violence, de tels programmes devraient être offerts, surtout lorsque le proche est en état de décompensation mentale et que l'entourage commence à être épuisé.

Nous sommes d'avis que les étudiants et étudiantes en sciences infirmières doivent être davantage sensibilisés aux dimensions sociopolitiques des soins infirmiers offerts à des clientèles vulnérables et marginalisées. L'enseignement devrait donc tenir compte des expériences de santé et de maladie des patients, mais également du contexte social, politique et économique qui affectent les conditions de santé et de vie des familles.

En résumé, les propos des familles avec qui nous sommes entretenues démontrent la nécessité d'une plus grande offre de services en matière de santé mentale. Une collaboration accrue des milieux de soin avec les familles s'avère être une nécessité. Cependant, impliquer n'est certes pas synonyme d'instrumentaliser ou de gouverner la famille. Comme le montrent nos résultats, la relation avec les familles doit s'inscrire dans un véritable partenariat, et non pas dans une subordination de la famille à un régime de vérité.

Références

1. Hunt E, Côté G. Le rôle du soutien social dans la prédiction de la violence chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves. *L'évolution psychiatrique* 2009; 74(4):592-605.
2. Lefley HP. *Family psychoeducation for serious mental illness*. New York: Oxford University Press; 2009.
3. Onwumere J, Grice S, Garety P et al. Caregiver reports of patient-initiated violence in psychosis. *Canadian Journal of Psychiatry* 2014; 59(7):376-84.
4. Provencher HL. Objective burden among primary caregivers of persons with chronic schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 1996; 3(3):181-7.
5. Rowaert S, Vandeveldel S, Lemmens G, Vanderplasschen W, Vander Beken T, Vander Laenen F, et al. The role and experiences of family members during the rehabilitation of mentally ill offenders. *International Journal of Rehabilitation Research* 2016; 39(1):11-19.
6. Estroff SE, Zimmer C, Lachicotte WS, Benoit J. The influence of social networks and social support on violence by persons with serious mental illness. *Hospital & Community Psychiatry: A Journal of the American Psychiatric Association* 1994; 45(7):669-679.
7. Labrum T, Solomon PL. Factors associated with family violence by persons with psychiatric disorders. *Psychiatry Research* 2016; 244:171-8.
8. Solomon PL, Cavanaugh MM, Gelles RJ. Family violence among adults with severe mental illness: A neglected area of research. *Trauma, Violence & Abuse* 2005; 6(1):40-54.
9. Katz J, Medoff D, Fang LJ, Dixon LB. The relationship between the perceived risk of harm by a family member with mental illness and the family experience. *Community Mental Health Journal* 2014; 51(7):790-9.
10. Sporer K. Aggressive Children With Mental Illness: A Conceptual Model of Family-Level Outcomes. *Journal of Interpersonal Violence* 2016.
11. Kageyama M, Solomon P, Yokoyama K. Psychological Distress and Violence Towards Parents of Patients with Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 2016; 30(5):614-619.
12. Bonin J-P, Larue C, Chicoine G, Dostie M, Racine H. Familles de personnes atteintes de troubles mentaux et gestion du risque. *Le Partenaire* 2014; 23(2):25-29.
13. Chan BW-Y. Violence against caregivers by relatives with schizophrenia. *International Journal of Forensic Mental Health* 2008; 7(1):65-81.
14. Hsu M-C, Tu C-H. Adult patients with schizophrenia using violence towards their parents: A phenomenological study of views and experiences of violence in parent-child dyads. *Journal of Advanced Nursing* 2014; 70(2):336-349.
15. Kontio R, Lantta T, Anttila M, Kauppi K, Välimäki M. Family

- involvement in managing violence of mental health patients. *Perspectives in Psychiatric Care* 2017; 53(1):55-66.
- 16.Nordström A, Kullgren G, Dahlgren L. Schizophrenia and violent crime: The experience of parents. *International Journal of Law and Psychiatry* 2006; 29(1):57-67.
- 17.Silverstein SM, Del Pozzo J, Roché M, Boyle D, Miskimen T. Schizophrenia and violence: Realities and recommendations. *Crime Psychology Review* 2015; 1(1):21-42.
- 18.Fazel S, Grann M, Carlstrom E, Lichtenstein P, Langstrom NM. Risk factors for violent crime in schizophrenia: A national cohort study of 13,806 patients. *Journal of Clinical Psychiatry* 2009; 70(3):362-369.
- 19.Elbogen EB, Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn R. Family representative payeeship and violence risk in severe mental illness. *Law and Human Behavior* 2005; 29(5):563-74.
- 20.Estroff SE, Swanson JW, Lachicotte WS, Swartz M, Bolduc M. Risk reconsidered: Targets of violence in the social networks of people with serious psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1998; 33(1):S95-101.
- 21.Douglas KS, Guy LS, Hart SD. Psychosis as a risk factor for violence to others: A meta-analysis. *Psychological Bulletin* 2009; 135(5):679-706.
- 22.Labrum T, Solomon PL. Rates of Victimization of Violence Committed by Relatives With Psychiatric Disorders. *Journal of Interpersonal Violence* 2017; 32(19):2955-2974.
- 23.Copeland DA, Heilemann MS. Getting « to the Point »: The experience of mothers getting assistance for their adult children who are violent and mentally ill. *Nursing Research* 2008; 57(3):136-143.
- 24.Bonin J-P, Chicoine G, Fradet H, Larue C, Racine H, Jacques M-C, et al. Le rôle des familles au sein du système de santé mentale au Québec. *Santé mentale au Québec* 2014; 39(1):159-173.
- 25.Ewertzon M, Lützn K, Svensson E, Andershed B. Family members' involvement in psychiatric care: Experiences of the healthcare professionals' approach and feeling of alienation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2010; 17(5):422-432.
- 26.Kaas MJ, Lee S, Peitzman C. Barriers to collaboration between mental health professionals and families in the care of persons with serious mental illness. *Issues in Mental Health Nursing* 2003; 24(8):741-756.
- 27.Absalom-Hornby V, Gooding P, Tarrier N. Coping With Schizophrenia in Forensic Services: The Needs of Relatives. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2011; 199(6):398-402.
- 28.Code criminel, LRC 1985, c C-25.01.
- 29.Loi sur la Protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, RLRQ, c. P -38.001.
- 30.Beaudoin O, Robert J-M. Santé mentale et justice. Perspective des proches aidants : un sentiment d'impuissance. *Le Partenaire* 2012; 20(4):21-8.
- 31.Fradet H. Entre la judiciarisation et l'intervention médico-psychosociale : la réalité des membres de l'entourage des personnes atteintes de maladie mentale. *Santé mentale au Québec* 2009; 34(2):31-38.
- 32.Otero M. Le fou social et le fou mental : amalgames théoriques, synthèses empiriques et rencontres institutionnelles. *Sociologies* 2010; 1-23.
- 33.Kageyama M, Yokoyama K, Nagata S, Kita S, Nakamura Y, Kobayashi S, et al. Rate of family violence among patients with schizophrenia in Japan. *Asia-Pacific Journal of Public Health* 2015; 27(6):652-660.
- 34.Hyde AP. Coping with the threatening, intimidating, violent behaviors of people with psychiatric disabilities living at home: Guidelines for family caregivers. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 1997; 21(2):144-9.
- 35.Goffman E. Stigmates : les usages sociaux des handicaps. Paris : Éditions de Minuit, 1976.
- 36.Swan R, Lavitt M. Patterns of adjustment to violence in families of the mentally ill. *Journal of Interpersonal Violence* 1988; 3(1):42-54.
- 37.Donzelot J. La police des familles. Paris : Éditions de Minuit, 2005.
- 38.Mazabraud B. Foucault, le droit et les dispositifs de pouvoir. *Cités* 2010; (42):127-89.
- 39.Angermüller J. Qu'est-ce que le poststructuralisme français ? *Langage et société* 2007; (120):17-34.
- 40.Rolfe G. Postmodernism for healthcare workers in 13 easy steps. *Nurse Education Today* 2001; 21(1):38-47.
- 41.Gori R. La novlangue de la psychopathologie aujourd'hui. *Figures de la psychanalyse* 2007; 15(1):151-165.
- 42.Castel F, Castel R, Lovell A. La société psychiatrique avancée: le modèle américain. Paris : Grasset, 1979.
- 43.Mason T, Mercer D. Critical perspectives in forensic care:

Inside out. London: Palgrave Macmillan, 1998.

44. Corbin JM, Strauss A. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. 4th ed. Los Angeles: Sage Publications, 2014.

45. Savoie-Zajc L. L'entrevue semi-dirigée. Dans : Gauthier B (éd.). Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données. 4e éd. Québec : Presses de l'Université du Québec, 2003 ; 263-285.

46. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4e éd. Paris : Armand Colin, 2016.

47. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cahiers de recherche sociologique 1994; 23:147-181.

48. Goffman E. Asiles: études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus. Paris : Éditions de Minuit, 1968.

49. Foucault M. Les Anormaux : cours au Collège de France, 1974-1975. Paris : Gallimard, 1999.

50. Chang KH, Horrocks S. Lived experiences of family caregivers of mentally ill relatives. Journal of Advanced Nursing 2006; 53(4):435-43.

Pour contacter les auteurs:

*Etienne Paradis-Gagné, inf, Ph.D
Professeur adjoint
Université du Québec à Trois-Rivières
Département des sciences infirmières
3351 boul. des Forges, C.P. 500
Trois-Rivières, Québec
G8Z 4M3
Courriel : etienne.paradis-gagne@uqtr.ca*

*Dave Holmes, Ph.D
Professeur titulaire
University of California, Irvine
Sue & Bill Gross School of Nursing*