

EVRARD

Lisa

Sciences Humaines et Sociales

Travail de fin de bachelier

**Au-delà des Étiquettes :**

**Enquête sur la Stigmatisation du Trouble Bipolaire**

Promoteur : Nicolas Jacquet

## **Remerciements**

Je tiens tout d'abord à remercier mon promoteur, Nicolas Jacquet, pour son écoute attentive et son implication lors de nos entretiens. Son accompagnement et ses conseils tout au long des différentes étapes de ce travail ont été d'une grande aide.

Je tiens ensuite à adresser chaleureusement mes remerciements à l'ASBL du Funambule ainsi qu'à tous ses membres avec qui j'ai eu le plaisir d'échanger. Ils m'ont ouvert les portes de l'ASBL et se sont toujours montrés accueillants et bienveillants.

Enfin, je remercie toutes les personnes qui ont accepté de réaliser un entretien et de partager leur vécu. Leurs témoignages ont permis grandement d'enrichir mon travail.

## Table des matières

<b>1. Introduction</b> .....	4
<b>2. Méthodologie</b> .....	6
<b>3. Cadre théorique</b> .....	7
<b>4. Mise à plat des données :</b> .....	11
<b>4.1. Le diagnostic : la découverte de son stigmat</b> .....	11
<b>4.2. Représentation de la société</b> .....	13
<b>4.3. Relations et interactions</b> .....	15
4.3.1. <i>Relations de proximité</i> .....	15
4.3.2. <i>Discrimination dans le monde du travail</i> .....	16
4.3.3. <i>Distance sociale</i> .....	17
4.3.4. <i>En parler ou garder le secret ?</i> .....	18
4.3.5. <i>Entre bipolaires : le partage d'un stigmat</i> .....	19
<b>4.4. L'acceptation d'un stigmat, un défi à relever</b> .....	20
<b>4.5. Légitimation des maladies (bipolarité, maladies physiques et autres maladies mentales)</b> .....	21
<b>5. Discussion</b> .....	22
<b>6. Conclusion</b> .....	24
<b>Bibliographie :</b> .....	26

## 1. Introduction

La santé mentale est un sujet qu'il devient de plus en plus primordial d'étudier. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), une personne sur huit dans le monde présente un trouble mental (World Health Organization : WHO, 2022). Pourtant, les pathologies mentales restent largement stigmatisées. Celles-ci ne peuvent être réduites à des réalités objectives puisque la façon dont on les interprète et dont on les perçoit est influencée par les perceptions, normes et valeurs d'un contexte particulier (Sicot, 2011). Or, malgré les évolutions, le contexte actuel ne permet toujours pas de légitimer la santé mentale.

C'est pour cela que j'ai décidé d'orienter ce travail sur la stigmatisation de la santé mentale et plus particulièrement sur celle du trouble bipolaire. En effet, la bipolarité est une des maladies mentales les plus stigmatisées. L'Organisation Mondiale de la santé l'a classée parmi les dix pathologies les plus invalidantes. (*Troubles Bipolaires : Diagnostiquer Plus Tôt Pour Réduire le Risque Suicidaire*, s. d.). Elle est donc particulièrement intéressante à étudier en tant que stigmate et reste représentative de la stigmatisation des autres pathologies et troubles mentaux, bien qu'elle ait des éléments qui lui soient propres.

Ma question de départ était donc la suivante : « Comment est vécu socialement le trouble bipolaire par les personnes qui en sont atteintes ? ». L'objectif ici n'est pas d'étudier la manière dont sont vécus les symptômes et l'expression de la bipolarité. Ce travail a pour but de comprendre la manière dont est vécue la bipolarité, vis-à-vis des autres mais également de soi-même, dans un contexte socio-culturel qui perpétue une représentation de la bipolarité qui ne correspond pas à la réalité des personnes vivant avec ce trouble et contribue donc à sa stigmatisation. Le concept principal utilisé pour répondre à cette question sera donc celui du stigmate, dont Goffman est considéré comme le pionnier en sociologie (1975).

Ma question de départ m'a donc ensuite permis de développer ma question de recherche qui est : « Comment la stigmatisation du trouble bipolaire est vécue par les personnes qui en sont atteintes ? ». Nous aborderons également plusieurs sous questions : Pourquoi le trouble bipolaire est stigmatisé ? Comment cette stigmatisation se manifeste dans la société et dans la vie de la personne vivant avec le trouble bipolaire ? Et quels sont les impacts de cette stigmatisation ? Par ailleurs, pour Link et Phelan (2014), les concepts tels que le stigmate, l'étiquetage, les stéréotypes ou encore les discriminations sont des concepts intimement liés les uns aux autres. Ces concepts seront donc également abordés dans ce travail.

Avant de poursuivre ce travail, il est essentiel de d'abord clarifier ce qu'est le trouble bipolaire. Celui-ci se caractérise par l'alternance entre deux phases. La première phase est la phase maniaque ou hypomaniaque, selon l'intensité des symptômes. L'OMS explique que : « les symptômes maniaques comprennent l'euphorie ou l'irritabilité, une activité ou une énergie accrue et d'autres symptômes comme une plus grande loquacité, des pensées rapides, une meilleure estime de soi, un moindre besoin de sommeil, une distractibilité, et un comportement impulsif et téméraire. » (World Health Organization : WHO, 2022). La deuxième phase est la phase dépressive qui elle se caractérise par « une humeur morose (sentiment de tristesse, d'irritabilité, de vide) ou une perte de plaisir ou d'intérêt pour les activités (World Health Organization : WHO, 2022). Un projet nommé « tripolaire », recommandé par le Funambule, l'ASBL avec qui j'ai collaboré et que je présenterai plus loin, a également été créé. Celui-ci permet de mettre en lumière les périodes de stabilité souvent oubliées, qui existent entre les états dépressifs et maniaques. (*Tripolaire : L'humeur Normale et la Bipolarité*, 2021).

Le trouble bipolaire toucherait entre 1 et 2,5% de la population. C'est une maladie qui connaît une errance diagnostique assez fréquente puisqu'il faut en moyenne 10 ans entre son apparition et son diagnostic. Or, sans traitement adapté, les risques de crises intenses, de symptômes graves, voire de tentatives de suicide sont bien plus grands (*Troubles Bipolaires : Diagnostiquer Plus Tôt Pour Réduire le Risque Suicidaire*, s. d.). D'ailleurs, le taux de suicide chez les personnes bipolaires est assez haut puisqu'il se trouverait entre 11% et 19% (*Prévenir le Suicide Dans les Troubles Bipolaires Grâce À la Recherche*, s. d.)

Ce rapport final permet donc de mieux comprendre le vécu de la bipolarité et d'en dégager des analyses liant le trouble à sa stigmatisation. Pour commencer, j'expliquerai la méthodologie choisie lors de ce travail. Ensuite, lors du cadre théorique, j'expliquerai les théories et articles scientifiques que j'ai utilisés dans cette recherche. Il nous permettra notamment de mieux comprendre le concept de stigmaté de Goffman (1975) mais également de dégager des premières analyses sociologiques réalisées sur la stigmatisation, les discriminations, la santé mentale et la bipolarité. Ensuite, la mise à plat me permettra de vous présenter mes données et analyses. Cette partie sera donc illustrée par des extraits d'entretiens réalisés auprès de personnes bipolaires. Je finirai ce rapport par une discussion dans laquelle je présenterai mes résultats, et par une conclusion afin de répondre à ma question de départ.

## 2. Méthodologie

Le choix d'une méthodologie est inévitable dans la réalisation d'une recherche. Cette partie me permettra donc d'expliquer la manière dont j'ai collecté et analysé mon matériau afin de répondre à ma problématique.

Tout d'abord, mon approche a été inductive. En effet, j'ai réalisé la plupart de mes recherches bibliographiques après la collecte de mes données. Cela m'a permis de m'intéresser aux parcours biographiques et au vécu des personnes interrogées sans l'influence de la littérature déjà réalisée sur le sujet.

Ensuite deux choix s'offraient à moi : soit m'intéresser au point de vue des bipolaires en tant que stigmatisés, pour comprendre leur vécu, et la manière dont cette stigmatisation les impacte sur leur vie, soit de m'intéresser au point de vue des *normaux* (défini plus loin), afin de comprendre comment s'exprime et se construit la stigmatisation explicite ou implicite des personnes qui ne sont pas concernées par la bipolarité (1975). Je me suis finalement tournée vers le premier choix en interrogeant des personnes bipolaires.

Cela m'a amené à une nouvelle question : où et comment trouver des personnes vivant avec le trouble bipolaire auprès de qui récolter des témoignages ? Après quelques recherches, j'ai découvert l'ASBL du funambule. Celle-ci est tenue par des bipolaires et pour des bipolaires. Elle organise entre autres, des groupes de parole dans plusieurs villes de Wallonie et à Bruxelles, ainsi que des programmes de psychoéducation (Le Funambule, 2024). Je suis donc entrée en contact avec plusieurs facilitateurs dans l'ASBL. Ceux-ci ont accepté de réaliser un entretien et m'ont accueilli dans des groupes de parole auxquels j'ai pu non seulement participer, mais également présenter mon projet, afin de trouver d'autres répondants.

Ma collecte de matériau a donc été basée sur deux méthodes. La première est celle de l'observation indirecte dans les groupes de parole (Van Campenhoudt et al., 2017). En effet, j'ai pu participer à deux groupes de parole : un premier en ligne, et le second en présentiel à Liège. Ces groupes de parole étant soumis à un respect de confidentialité, ce travail ne se basera pas sur les observations que j'ai pu y faire. Cependant, il reste intéressant de les citer dans ma méthodologie car ils m'ont permis d'accéder à une meilleure compréhension du trouble. Cela a été pour moi une première prise de distance avec les articles expliquant ce qu'est la bipolarité. En effet, il est important de les lire pour comprendre au mieux ce qu'est le trouble, mais il est d'autant plus important de comprendre qu'il existe autant de troubles bipolaires qu'il existe de personnes bipolaires.

La deuxième méthode est celle des entretiens semi-directifs (Van Campenhoudt et al., 2017). Ceux-ci ont été réalisés soit en appel vidéo, soit en face-à-face. J'ai réalisé au total sept entretiens, dont les deux premiers étaient des entretiens exploratoires. Lors de ceux-ci, j'ai pu tester mon premier guide d'entretien mais également mieux découvrir le Funambule en interrogeant deux membres de l'ASBL. Une fois ces entretiens réalisés, j'ai pu compléter et perfectionner mon guide d'entretien. Les sujets principaux abordés lors de ces entretiens étaient : le parcours biographique, l'acceptation du trouble, les relations et interactions avec les autres et la représentation de la bipolarité dans la société. L'ensemble de ces entretiens ont été soumis à un respect d'anonymisation et de confidentialité.

Pour finir, tout au long de ma recherche, j'ai dû accorder une attention particulière à ma réflexivité. En effet, celle-ci est non seulement indispensable en sociologie, mais elle l'est d'autant plus dans un travail axé sur la stigmatisation. En tant que chercheur, il est important de comprendre que nous avons naturellement des préjugés influencés par notre socialisation. Bourdieu explique qu'il est primordial de reconnaître les influences sociales et culturelles qui peuvent biaiser l'analyse (Martinache, 2022). Il faut donc analyser sa propre démarche afin de prendre de la distance et de déconstruire nos préjugés et nos prénotions sur le sujet étudié.

### **3. Cadre théorique**

La stigmatisation est inévitable. En effet, dès qu'un individu est socialisé, il étiquette les autres individus sur base des caractéristiques saillantes qu'il perçoit (Link et al., 2001, cité dans, Link & Phelan, 2014). « La société établit des procédés servant à répartir en catégories les personnes et les contingents d'attributs qu'elle estime ordinaires et naturels chez les membres de chacune de ces catégories. » (Goffman, 1975). Ces attributs rendront les personnes qui les détiennent différentes et constitueront alors un stigmaté (Goffman, 1975).

Pour étudier les dynamiques sociales autour du stigmaté, Goffman oppose les stigmatisés aux *normaux*. Pour Goffman, les *normaux* désignent les personnes qui ne subissent pas de stigmaté, c'est-à-dire celles qui n'ont pas à faire face aux jugements ou discriminations liés à une caractéristique perçue comme "différente" dans une société donnée. Ce terme permet de désigner les personnes qui rentrent dans les normes sociales et qui ne sont donc pas concernées par le stigmaté considéré (Goffman, 1975).

Il est donc important de préciser que ce terme n'a pas de connotation péjorative et ne porte aucun jugement de valeur. Il doit être compris dans un sens strictement sociologique pour

décrire ceux qui ne sont pas marqués par un stigmate et qui rentrent plutôt dans les normes dominantes. Dans le cadre de cette étude, les *normaux* désigneront donc les personnes n'ayant pas de trouble bipolaire ou autre stigmate similaire. Dans ce sens, le terme "normal" peut aussi être compris comme "les personnes dites normales".

Les *normaux* construisent une idéologie de ce stigmate (Goffman, 1975). Ces derniers développent des conceptions de la santé mentale (Link 1982, 1987 ; Link et al. 1989, cité dans, Link et al., 2014). Il existe donc des croyances culturelles dominantes qui attribuent des stéréotypes négatifs à des groupes stigmatisés. (Link & Phelan, 2014, p. 79). Cela est d'autant plus problématique qu'il est difficile de déconstruire des stéréotypes qui ont été intégrés, et cela, même avec des preuves contraires (Fyock & Stangor, 1994, cité dans, Schnittker, 2013).

Une raison de l'existence de la stigmatisation de la maladie mentale démontrée par Fein et Spencer, est que les gens stigmatisent les autres afin « d'augmenter l'estime de soi ou de rassurer l'individu sur sa propre normalité » (1997, cité dans Schnittker, 2012, p. 84). Link explique que les personnes stigmatisées sont mises à part pour renforcer la séparation entre *eux* (les personnes atteintes de maladie mentale) et *nous* (les personnes sans maladie mentale) (2001, cité dans Link et al., 2014).

La bipolarité est un cas de stigmate appris tardivement. En effet, le diagnostic n'est pas révélé dès la naissance, mais plus tard dans la vie. Le processus de découverte du stigmate peut alors être décomposé en deux phases. Durant la première, l'individu incorpore le point de vue des normaux et durant la seconde, il apprend qu'il possède ce stigmate (Goffman, 1975). « Cet individu a tout appris du normal et du stigmatisé bien avant d'être lui-même déficient. » (Goffman, 1975, p. 48). De plus, selon Hansson (2014), les personnes atteintes de troubles mentaux peuvent développer une auto-stigmatisation due à ces stéréotypes intériorisés tôt dans la vie. Or, Levy et ses collègues ont démontré que cette auto-stigmatisation de la bipolarité « était corrélée à une faible estime de soi, à une participation communautaire réduite et à une faible qualité de vie » (Favre & Richard-Lepouriel, 2023, p. 274).

Lorsqu'il découvre son diagnostic et donc son stigmate, l'individu va alors en découvrir les conséquences (Goffman, 1975). La « modified labeling theory » démontre que « l'étiquetage et la stigmatisation mettent en péril les conditions de vie des personnes atteintes de maladie mentale, nuisant à leurs chances d'emploi, à leurs réseaux sociaux et à leur estime de soi ». (Link, 2014, p. 90). Par conséquent, la maladie mentale est plus susceptible de réapparaître ou de persister (Link et al., 2014).

On pourrait penser que la familiarité réduit la stigmatisation. Et pourtant, on observe que les normaux conservent leurs préjugés même lorsque les relations sont intimes (Goffman, 1975). D'ailleurs, une étude d'Hamilton a révélé que les relations familiales et amicales faisaient partie des contextes dans lesquels les discriminations sont les plus communes dans le cas de la santé mentale (Hamilton et al., 2016). Lorsque deux personnes sont perçues comme proches, le compagnon non stigmatisé attrape une portion du stigmate. C'est en partie pour cela que les normaux évitent d'entretenir des relations trop proches avec des individus stigmatisés (Goffman, 1975). C'est ce qu'appelle Hamilton la distance sociale (Hamilton et al., 2016).

Cette distance sociale est une forme de discrimination très fréquente dans les relations amicales et familiales (Hamilton et al., 2016). Nous pouvons considérer cela comme « une stratégie pour éviter les comportements non normatifs » (Link et al., 2014, p. 81). Certaines personnes se montrent en incapacité de faire face à la maladie mentale de leur proche et décideront alors de prendre leur distance ou de mettre fin à la relation (Hamilton et al., 2016). Mais cette distance peut également être installée par la personne stigmatisée elle-même. Les personnes qui découvrent leur diagnostic savent déjà que la société a tendance à dévaloriser et à rejeter les personnes avec des maladies mentales et prendront alors la décision de prendre leur distance afin de ne pas subir personnellement ce rejet des autres. (Link & Phelan, 2014)

Les discriminations sont fréquentes et sont perçues par les personnes avec des pathologies mentales, comme aggravant leur santé mentale (Hamilton et al., 2016). Ces expériences discriminantes peuvent mener la personne stigmatisée à un auto-stigmate (Hansson et al., 2014). Mais au-delà de ces discriminations réelles perçues, l'intériorisation du stigmate mène les personnes atteintes de troubles mentaux à faire face à des discriminations anticipées, c'est-à-dire qu'elles prévoient que des discriminations vont avoir lieu alors que ce ne sera pas toujours le cas (Hansson et al., 2014).

Les médias jouent également un rôle important dans l'image que l'on se fait des personnes avec un trouble mental. Elles sont rarement représentées comme des figures de succès et sont souvent associées à des individus imprévisibles et dangereux. (Schnittker, 2013)

Erving Goffman (1975) explique que le sentiment d'infériorité dû à son stigmate peut mener à une insécurité permanente, voire de l'angoisse dans les rapports avec les autres. Les individus stigmatisés se sentent alors en représentation. Leurs réussites sont perçues comme des capacités remarquables et leurs échecs, comme l'expression directe de leur stigmate. Cela les oblige à contrôler l'image qu'ils donnent d'eux-mêmes et à manipuler l'information liée à leur

stigmaté. La question qu'ils se posent alors est de savoir s'ils l'exposent ou non. Ils délimiteront leur entourage en deux groupes : un premier restreint, auquel il parle de sa condition, et l'autre auquel il ne révèle rien. Mais le secret peut être souvent préféré à une honnêteté risquée, car les individus auront peur de revivre un rejet (Goffman, 1975).

Ce silence mène les individus au concept défini par Goffman (1975) : le *faux semblant*. Lorsqu'un stigmaté, comme la bipolarité, n'est pas directement visible, l'individu tente alors de le cacher, ce qui provoque plusieurs problèmes. Auprès de ceux qui ne sont pas au courant, existe le risque que le stigmaté soit révélé à son insu, et auprès de ceux qui sont au courant, le risque de subir différentes sortes de chantages que sa déficience soit révélée. Un autre problème est celui des interactions avec les normaux. En effet, le faux-semblant nécessite d'être toujours attentif et de contrôler au mieux la situation sociale. Les routines inconscientes des normaux deviennent étrangères aux stigmatisés. L'individu devient alors « étranger au monde plus simple au sein duquel ceux qui l'entourent paraissent installés » (Goffman, 1975, p. 108).

Les croyances et les attitudes ont un impact direct sur les soins (Mechanic, 2002, cité dans Schnittker, 2012) car la stigmatisation peut empêcher l'acceptation de la maladie mentale et, par conséquent, le traitement également (Link et al., 2008, cité dans, Link et al., 2014). Les gens naviguent entre le traitement et le déni de la maladie mentale, durant lequel ils arrêtent leur traitement (Link et al., 2014). Ce déni peut être encouragé par le fait que les symptômes de maladies mentales sont souvent perçus comme moins concrets que ceux des maladies physiques. (Mechanic, 2002, cité dans Schnittker, 2012). Favre et Richard-Lepouriel ont d'ailleurs démontré que l'auto-stigmatisation chez les personnes bipolaires « est corrélée à des symptômes plus graves, à davantage de rechutes et à des hospitalisations plus fréquentes » (Barney et al., 2006 ; Drapalski et al., 2013 ; Levy et al., 2015, cité dans, Favre & Richard-Lepouriel, 2023, p. 274). Même avec le traitement, qui devrait les aider à surmonter leur trouble, la stigmatisation peut constituer un obstacle à la prise de médicaments ou au bénéfice de services de santé mentale.

Plusieurs attitudes des normaux peuvent être observées vis-à-vis des personnes stigmatisées. J'en dégagerai ici plusieurs développées par Goffman (1975). Tout d'abord, il explique que les normaux ont tendance à tendre vers deux attitudes. La première est celle de traiter la personne malade avec trop de tact en le considérant comme étant sain d'esprit. Ils feront comme si le stigmatisé rentrait dans la « normalité » sans prendre en considération ses éventuelles difficultés. La deuxième possibilité est que la personne avec une maladie mentale se verra traiter comme un fou. Sa différence sera vue comme plus grande qu'elle ne l'est

réellement. Dans certains cas, cela peut aller jusqu'à traiter le stigmatisé comme s'il était une « non-personne ». Ensuite, un autre comportement souvent observé chez les normaux est celle de l'intrusion qui s'exprime avec une curiosité morbide et de l'aide dont la personne n'a pas toujours envie ou besoin.

#### **4. Mise à plat des données :**

La mise à plat des données permettra de présenter mes matériaux issus des entretiens qualitatifs que j'ai réalisés. J'analyserai plusieurs extraits d'entretien en faisant des liens théoriques avec des analyses issus d'articles scientifiques présentés ci-dessus. L'objectif sera de dégager plusieurs éléments d'analyse qui permettront de répondre à ma question de départ.

##### **4.1. Le diagnostic : la découverte de son stigmaté**

L'errance diagnostique est très fréquente dans le cas des personnes bipolaires. Cela s'explique évidemment par le fait que la bipolarité est une maladie difficilement diagnosticable, mais cela ne s'arrête pas là. Il existe toujours une grande méconnaissance de la maladie dans toute la société. « La stigmatisation de la maladie mentale reflète dans une certaine mesure une ignorance » explique Schnittker (2013, p. 84). Mais cette ignorance est également observée chez les professionnels, qui retarde les personnes bipolaires dans l'accès à un diagnostic et à un traitement adapté.

Et là encore, il semble qu'il existe encore des professionnels de la santé mentale qui ne connaissent pas bien le trouble. Comme l'explique Hansson : « des attitudes stigmatisantes et des comportements discriminatoires » sont également observés chez le personnel de santé mentale (2014, p. 100). En effet, on retrouve cette observation chez cet interviewé lorsqu'il raconte la fois où il a annoncé son diagnostic à sa psychologue : « *Elle a sorti son téléphone et a commencé à chercher "la bipolarité devant moi pendant que je lui parlais"* ». ».

Mais la méconnaissance n'est pas la seule conséquence de la stigmatisation qui ralentit le processus de diagnostic. En effet, la santé mentale reste encore taboue et nombreux sont ceux qui réduisent la santé mentale et la psychologie à « une question de volonté ».

*« J'ai pris du temps à consulter une psy parce que dans ma famille c'est très tabou la santé mentale, on ne parle jamais de ça. Vraiment, si tu vas mal, c'est juste une question de volonté, "le bonheur faut le chercher", "la dépression, ça n'existe pas". Et du coup j'ai mis beaucoup de temps avant de voir ma première psychologue parce que j'étais là-dedans, et du coup j'étais en mode, "non, tu dois être fort, ça va passer etcétera." »*

L'annonce du diagnostic peut provoquer deux types de réactions : soit une libération et un soulagement, soit un choc et un sentiment de rejet. Le premier sentiment est souvent expliqué par les répondants comme une délivrance d'enfin poser un mot sur leur souffrance. Cela leur donne aussi une source d'espoir avec un traitement qui leur permettra de trouver une certaine stabilité et une qualité de vie raisonnable. Mais c'est surtout un moyen pour eux de légitimer leurs symptômes et les comportements qui découlent de leur bipolarité.

*« Ça faisait déjà 30 ans que je disais que quelque chose n'allait pas et que les gens disaient "mais non, ce n'est pas vrai". À partir du moment où j'ai eu mon diagnostic, j'ai pu au moins dire une fois à ces personnes, "oui mais non, y a quand même un diagnostic". (...) Je me suis dit, j'ai enfin mon étiquette. J'ai mérité mon étiquette. Moi ça m'a rassuré de me dire, "ok, je ne suis pas dingue". On m'a expliqué mille fois les symptômes qui sont des symptômes courants de la maladie, et en fait il n'y a rien de fou. (...). Un peu un soulagement en fait d'avoir cette étiquette. Vraiment. »*

Mais le diagnostic de la bipolarité peut également être difficile à accepter. Tout d'abord évidemment, car c'est une maladie avec des conséquences difficiles sur la vie de la personne diagnostiquée. Mais au-delà de ça, la stigmatisation de la maladie a également ses conséquences négatives. Comme nous l'avons déjà abordé, les personnes ont déjà incorporé la vision des normaux avant de découvrir qu'ils font eux-mêmes partie de ce groupe stigmatisé (Goffman, 1975). Cela peut conduire à une peur que les autres ne le remarquent et que s'ensuive alors un rejet.

*« Je pense qu'il y a eu un déclic, après le diagnostic qui tombe. Moi d'abord, je l'ai vu en rouge sur mon CV en mode je n'aurai jamais de boulot. Tu vois, (je me disais) c'est écrit sur ma tête, ça va se voir, etcetera. »*

Mais bien souvent, les personnes diagnostiquées ont des réactions ambiguës, c'est-à-dire qu'elles ressentent à la fois un soulagement et un choc.

*« J'étais enfin content de pouvoir mettre un mot sur ce qui rythmait toute ma vie. Parce que littéralement toute ma vie était rythmée par la bipolarité. Mais après du coup, savoir que j'ai une maladie mentale, que je vais la garder et recevoir un traitement toute ma vie, ça m'a aussi fait mal donc ça m'a fait un peu les deux. »*

Le diagnostic est donc un événement clé dans l'histoire de la bipolarité puisqu'il constitue également la découverte du stigmate. C'est le début d'un long parcours au cours

duquel ils devront subir un traitement et des épisodes stigmatisants et cela peut donc être difficile à accepter. Mais dans d'autres cas, cela sera un soulagement d'enfin comprendre sa différence.

#### **4.2. Représentation de la société**

Le deuxième point que nous allons aborder est celui de la représentation de la société de la bipolarité. Celui-ci est important puisque la stigmatisation est basée sur des préjugés, stéréotypes et prénotions construits en grande partie sur base de la représentation de la société.

La vision de la santé mentale a évidemment beaucoup évolué ces dernières années : elle est devenue moins taboue, mieux comprise et mieux légitimée. On voit de plus en plus régulièrement des personnes ayant des pathologies mentales représentées dans les médias, les films, les séries, etc. Cette ouverture est vécue par certaines personnes diagnostiquées depuis longtemps comme une avancée très positive.

Un exemple d'évolution positive assez important dans le cas de la bipolarité est le passage du terme bipolaire à celui de maniaco-dépression qui s'est opéré à partir des années 80 à 90. Pignon et ses collègues (2017) ont démontrés que le terme "trouble bipolaire" est moins stigmatisant que "psychose maniaco-dépressive". En effet, le trouble bipolaire bénéficie aujourd'hui d'une image plus positive que les troubles psychotiques, avec moins de perception de dangerosité et de handicap, ainsi qu'une perspective de guérison plus optimiste. Cela démontre que le nom associé à un groupe stigmatisé peut également avoir une grande influence dans la manière dont ce stigmaté est perçu.

Mais malgré cette progression des mentalités, la santé mentale et la bipolarité restent toujours largement stigmatisées.

*« Je n'ai pas l'impression qu'on en parle beaucoup. Ni même dans l'absolu qu'on parle beaucoup de la dépression cela dit. Ce sont, j'ai l'impression, des maladies un peu taboues. À partir du moment où ça touche la maladie mentale, toute suite c'est stigmatisé. »*

Nous l'avons vu, les croyances culturelles dominantes influencent les normes dans leur perception de la santé mentale. Ils associent alors des caractéristiques indésirables aux personnes avec des pathologies mentales. On retrouve régulièrement des stéréotypes communs qu'on associe aux personnes ayant des troubles mentaux : elles sont souvent considérées comme pas dignes de confiance, moins intelligentes, moins compétentes, dangereuses, pas

fiabiles, fainéantes, fragiles, et bien d'autres encore (Link & Phelan, 2014 ; Schnittker, 2013; Entretiens). Un autre préjugé assez fréquent est celui selon lequel être bipolaire induirait d'avoir des comportements lunatiques.

Les médias, les films et les séries jouent aussi un rôle important dans la représentation de la maladie. Dans certains cas, cette représentation permet plus de reconnaissance et une amélioration dans l'image donnée à la bipolarité, mais dans beaucoup d'autres, ils contribuent aux stéréotypes et à la mauvaise compréhension du trouble. « *On est foutu.* ». C'est ce que s'est dit une interviewé qui racontait avoir pleuré devant un film parlant de bipolarité.

*« Non, je trouve qu'on stigmatise encore beaucoup la maladie, qu'on nomme la maladie, pour des attentats par exemple. Quelqu'un qui a fait un attentat, on dira 'voilà, c'est une personne bipolaire' ou 'c'est une personne schizophrène' et ça me fait grimper aux rideaux cette stigmatisation-là. Parce qu'on associe directement. C'est vite fait dans la tête des gens : bipolaire égal dangereux, bipolaire égal lunatique. »*

Goffman parle de ce phénomène : lorsque les membres d'un groupe stigmatisé voient l'un d'entre eux se donner en spectacle, ils se trouvent soudain « soumis à un certain transfert de valeur, à leur crédit ou à leur discrédit » (Goffman, 1975, p. 41). Dans le cas de l'attentat, expliquer un acte terroriste par la bipolarité, va contribuer à l'image de dangerosité des personnes bipolaires. De plus, il a été démontré qu'assimiler les auteurs de violences à des personnes malades mentales augmente les préjugés que l'on a sur eux (Angermeyer & Matschinger, 1995, cité dans, Schnittker, 2013).

Un autre élément qui contribue à la mauvaise image et compréhension du trouble est que les définitions données à la pathologie ont tendance à n'expliquer que les états maniaques et dépressifs sans expliquer qu'il existe des périodes de stabilité. Le bipolaire est donc toujours représenté comme étant dans des phases de désordre. Cela contribue à une mauvaise image du trouble nourrissant la stigmatisation de la maladie, ce qui le décrédibilise aux yeux des autres. C'est d'ailleurs pour contrer cela que certains parlent de tripolarité en incluant la phase stable dans la définition (*Tripolaire : L'humeur Normale et la Bipolarité*, 2021).

L'ensemble de ces préjugés et stéréotypes montre à quel point la maladie est mal comprise aujourd'hui. Cette mauvaise représentation est souvent mal vécue par les personnes bipolaires, ce qui peut même les conduire au silence et au repli sur soi (Goffman, 1975).

*« Ça ne m'incite pas vraiment à en parler parce que je ne pense pas que la société ait une bonne image de la bipolarité. Je pense aussi que beaucoup de gens ne savent pas de quoi il s'agit. C'est quand même quelque chose d'assez particulier et c'est souvent confondu avec le caractère cyclothymique et le changement d'humeur. »*

Pour résumer, la représentation de la société, également retrouvée dans les médias, films et séries, jouent un rôle important dans la stigmatisation de la bipolarité. Malgré l'amélioration dans l'image que l'on se fait de la santé mentale, il reste encore de nombreux préjugés qui persistent et contribuent au maintien de la stigmatisation de la maladie. Cette représentation encourage au repli sur soi des personnes vivant avec le trouble.

#### **4.3. Relations et interactions**

Un autre point également important de l'impact de la stigmatisation sur la vie de la personne malade est celle qui se manifeste dans des relations et interactions. Nous nous intéresserons aux relations de proximité et professionnelles, mais également aux relations avec d'autres personnes partageant le même stigmate. Cela nous permettra également d'aborder le concept de distance sociale et celui du maintien du secret de sa bipolarité.

##### **4.3.1. Relations de proximité**

Les relations amicales et familiales sont souvent une source de soutien importante. Après le diagnostic, certains proches deviennent plus présents, plus compréhensifs et plus attentifs au bien-être de la personne. Communiquer sur sa maladie et sa souffrance peut devenir une vraie ressource dans la vie d'une personne bipolaire. D'ailleurs, les relations avec des personnes acceptant pleinement la maladie sont souvent vécues comme quelque chose de marquant et de très positif dans la vie des personnes bipolaires. C'est le cas d'une interviewée qui expliquait que le soutien de ses proches jouait même un rôle dans son traitement. Voici encore deux autres exemples de la gratitude ressentie à l'égard de proches :

*« On tombe amoureux. Ça a été un changement très positif parce que j'ai ouvert une porte au couple que je n'ouvrais plus. (...) Le fait d'avoir \*prénom de son compagnon\* est une ressource supplémentaire parce qu'il accepte pleinement le trouble. Il est au courant, il se renseigne et s'investit complètement dans la maladie. »*

*« Ça m'aide énormément. Ça m'émeut parce que c'est quelque chose qui est précieux, qui est extrêmement précieux quoi. (...) J'ai des amies qui sont super compréhensives,*

*qui ont été là pendant toutes mes hospi', qui n'ont jamais lâché, qui ont toujours été au petit soin pour moi, ... (...) Et ma famille aussi. »*

Cependant, la gestion d'une relation peut rencontrer des difficultés suite au diagnostic. En effet, non seulement la maladie n'est pas facile à accepter pour la personne bipolaire, mais elle ne l'est pas non plus pour ses proches. Une des raisons à cela est la difficulté des proches à comprendre la maladie. Il existe des croyances stéréotypées de ce que sont les maladies mentales et la bipolarité. Or, il est souvent difficile de déconstruire ces préjugés (Fyock & Stangor, 1994, cité dans, Schnittker, 2013). « *Elle me reproche tout ce que la maladie peut faire et qu'elle n'a pas compris que c'était la maladie. Et plus ça avance, pire c'est.* »

Hamilton (2016) explique que cela vient même parfois d'un manque de volonté des proches à essayer de comprendre la maladie. Ils ne font tout simplement pas les efforts nécessaires pour la comprendre et montre un manque d'intérêt, voire de l'indifférence. Par exemple, il est récurrent d'entendre que certains proches n'effectuent aucune recherche pour essayer de comprendre la bipolarité.

Pour les individus stigmatisés, les relations de proximité peuvent donc soit être un soutien lorsque la maladie est acceptée, soit un lieu d'expression de la stigmatisation du trouble car il est souvent compliqué pour les proches de la comprendre et de l'accepter.

#### 4.3.2. Discrimination dans le monde du travail

Le milieu du travail n'est pas épargné par cette stigmatisation. C'est même un milieu dans lequel on entend beaucoup parler d'expériences discriminantes.

Le stigmatisé se sentira alors obligé de garder le secret de son trouble de peur de subir des représailles. Mais lorsque cela se fait savoir, que ce soit à son insu ou volontairement, il est fréquent qu'elle se fasse alors traiter différemment. Parfois, cela se fait par des jugements implicites, des changements de comportements ou des remarques déplacées, mais d'autres fois, cela va plus loin.

Voici trois exemples d'expériences vécues par des interviewés. Le premier est celui d'une phrase qu'a dite un employeur à son infirmière psychiatrique dont il venait de découvrir la bipolarité : « *Qu'est ce qui me prouve que si vous retournez en psychiatrie vous n'allez pas mener quelqu'un au suicide ?* ». C'est le cas également d'une autre interviewé dont l'employeur lui a dit qu'elle aurait dû le prévenir car sinon, il ne l'aurait jamais engagée. Le dernier exemple est celui d'un homme qui a subi un licenciement abusif. Celui-ci a perdu son travail à cause

d'une faute qu'il n'avait pas commise et qui a été mise sur le dos de sa bipolarité. « Ici, j'ai plus envie de reprouver que je suis \*nom de son métier\* parce que je sais qu'il y en a toujours un qui va me regarder avec le doute. Et je peux plus supporter tout ça. ». Cette situation peut même engendrer une peur de postuler dans de nouveaux lieux de travail, de crainte que ces discriminations passées ne se reproduisent.

L'ensemble de ces discriminations renforcent le sentiment de rejet et de marginalisation des personnes stigmatisées et contribuent encore une fois à la peur d'en parler. Le milieu professionnel se transforme ainsi en un environnement stigmatisant, redouté par celles et ceux qui y subissent des discriminations.

#### 4.3.3. Distance sociale

Une conséquence principale de cette stigmatisation et de ce manque de compréhension de la bipolarité est la *distance sociale*. Il est assez régulier de voir dans les parcours de vie de personnes bipolaires, des relations qui prennent fin à cause de leur trouble. Les normaux veulent éviter de côtoyer des personnes qu'ils voient comme trop différentes, voire dangereuses. Cette distance sociale prive la personne bipolaire d'une source de soutien espérée (Hamilton et al., 2016; Schnittker, 2013; entretiens).

*« Y a eu des gens qui l'ont accepté, et des gens qui sont partis. Y a des gens qui ne l'ont pas supporté, qui n'ont pas supporté que ce soit le fait que j'ai un diagnostic, ou le fait de l'expression de la maladie. Et lorsque j'étais en grande souffrance, c'était difficilement entendable pour certaines personnes je pense. »*

Mais cette distance est parfois mise par la personne bipolaire elle-même. La stigmatisation lui fait prendre conscience de la forte probabilité d'être rejeté (Link et al., 1989, cité dans Link et al., 2014). Il n'a plus l'envie de supporter des réactions discriminantes, le sentiment de faible estime de soi dû à l'image que les autres renvoient d'eux, ou encore le sentiment d'être un fardeau pour les autres (Hamilton et coll., 2016).

*« Progressivement, il y a vraiment eu un changement de regard parce que d'abord, je me disais que c'était de la maladresse. Mais je veux dire de la maladresse répétée, je trouve qu'à un moment donné, peut-être que ça trahit un sentiment un peu plus malveillant. (...) J'ai quand même des amis qui disent qu'effectivement ils comprennent,*

*mais au bout d'un moment tu vois, j'en ai une qui m'appelle toujours "chez vous"<sup>1</sup> (...). Ça pourrait être de l'humour, il est répétitif, mais le discours qui accompagne témoigne quand même de « vous êtes un peu différent » (...) (Comme si) il y avait une sorte de distance, de séparation entre eux et nous. Comme si ça les effrayait. »*

Les autres les font alors toujours sentir comme différents. Vivre ce genre de situations stigmatisantes est épuisant, d'autant plus quand ce sont des personnes faisant partie de votre entourage proche censé vous soutenir. Il est donc assez fréquent dans le parcours biographique d'une personne bipolaire d'en arriver à la décision de faire le tri dans son entourage. *« J'ai été trop blessée par la stigmatisation, par les gens qui parlaient à cause du trouble, donc je suis prudente maintenant. »* Leur entourage proche sera alors réduit.

La distance sociale est donc encore un exemple de conséquence de la stigmatisation de la bipolarité. Celle-ci peut être mise par les autres ou par la personne bipolaire qui ne veut plus subir de discrimination. Cela peut la mener à devoir faire un tri dans son entourage.

#### 4.3.4. En parler ou garder le secret ?

Un autre dilemme dont peuvent faire face les personnes bipolaires est celui de la décision d'en parler ou non : Quand ? A qui ? Comment ?

*« Est-ce que je dois continuer à le dire ? Parfois effectivement, je dis que j'ai une petite maladie neuro-chronique. Parce que si je dis bipolarité, y en a plein qui partent dans des délires et parfois ça me fatigue. Donc je trie un peu maintenant. »*

Les personnes bipolaires délimitent leur entourage en deux groupes : un premier auquel ils parlent de leur bipolarité, et l'autre dont ils se protègent lorsqu'ils estiment que les risques sont trop grands (Goffman, 1975). Une interviewée explique que c'est comme un masque de sourire forcé qu'il faut porter pour protéger son secret. Il leur faut, dans certains cas, plusieurs années avant d'en parler, même avec des proches. Et même lorsque ceux-ci sont au courant, là encore, la personne peut éviter d'en parler. Mais garder le silence peut être pesant.

*« Je voudrais pouvoir en parler autrement sans être stigmatisée (...). Donc j'évite d'en parler, mais quelque part c'est comme si je cachais un mammouth sous ma robe quoi. »*

---

<sup>1</sup> Ici, l'interviewé expliquait qu'il connaissait des personnes qui faisaient beaucoup d'humour à propos des bipolaires : « chez vous les bipolaires, vous êtes toujours comme cela... »

*Donc j'essaie d'être authentique, mais en même temps en cachant quand même quelque chose d'énorme, toute une facette de ma personnalité. »*

Mais d'autres ne veulent pas faire de leur bipolarité un sujet tabou. Au contraire, parler et expliquer leur maladie leur permet, au-delà de pouvoir se confier, de participer à la déstigmatisation de la maladie.

*« Parce que je trouvais que c'était important pour déstigmatiser la maladie mentale et évidemment la bipolarité, d'expliquer pour avoir une idée de ce que c'est (...) C'est ma petite pierre à l'édifice. (...) Expliquer, ça a été une thérapie pour moi. »*

Qu'on parle de sa bipolarité, ou qu'on n'en parle pas, cela peut donc souvent se justifier au travers du stigmatisme. Soit, les personnes bipolaires ne voudront plus en parler car elles estimeront que le risque de subir une réaction stigmatisante est trop grand, soit elles voudront en parler pour déstigmatiser la maladie.

#### 4.3.5. Entre bipolaires : le partage d'un stigmatisme

Les membres d'un groupe stigmatisé ne constituent généralement pas un groupe unique au sens strict. Les individus vont plutôt se rassembler sous forme de plus petits groupes sociaux (Goffman, 1975). Les groupes de parole du Funambule en sont des exemples. Il est donc intéressant d'analyser les extraits d'entretien qui abordent le lien des interviewés avec ces groupes afin d'illustrer les interactions entre personnes partageant un même stigmatisme.

Pour toutes les raisons citées auparavant, les individus stigmatisés peuvent rencontrer de nombreux problèmes dans les relations qu'ils entretiennent avec les normaux. D'ailleurs, lorsqu'un stigmatisme est appris par l'individu tardivement, il est assez fréquent d'observer un sentiment de malaise vis-à-vis de ses proches qu'il connaît d'avant car ceux-ci se montrent incapables de le traiter poliment, familièrement, et / ou avec tact (Goffman, 1975).

*« Mais c'est qu'en fait quand tu ne vis pas une chose, c'est très difficile de comprendre, genre même pour un psychiatre qui connaît parfaitement la maladie. Un psychiatre ne comprend pas aussi bien la bipolarité qu'un bipolaire lui-même. »*

C'est souvent lorsqu'ils sont entourés de personnes étant également bipolaires qu'ils retrouvent un sentiment de confort. C'est ce qu'exprime cet interviewé lorsqu'il parle du groupe de parole :

*« Interviewé : Je pense que c'est la meilleure chose qui me soit arrivée depuis longtemps, c'est justement ce groupe que je vois deux fois par semaine. C'est vraiment quelque chose qui est super important pour moi, où je me suis vraiment sentie chez moi, entourée de personnes qui me comprenaient et avec qui c'est super confortable. »*

*Intervieweur : Donc vous sentez par moment que vous êtes beaucoup plus à l'aise avec eux que dans la vie de tous les jours ?*

*Interviewé : Ce n'est même pas simplement par moment, c'est tout le temps. Quand je suis avec eux, je sais que c'est vraiment un espace "secure", où on est en famille presque. »*

La découverte de ces groupes de paroles est souvent expliquée comme un élément clé dans l'acceptation de la maladie. C'est parfois par des compagnons stigmatisés qui l'accueillent au sein du groupe, que les individus apprennent le plus de leur stigmaté (Goffman, 1975). En effet, comme l'explique Goffman : « les personnes affligées d'un certain stigmaté acquièrent en général une même expérience de leur sort et connaissent des évolutions semblables quant à l'idée qu'elles ont d'elles-mêmes » (1975, p. 45). Le partage de ces expériences communes dans les groupes de parole leur permet de légitimer leur vécu, cela fait échos en eux. « *Face à la maladie, on est tous pareils.* » a expliqué un interviewé.

*« Je me suis sentie plus légitime. Plus légitime, et plus, ok, je ne suis pas la seule et j'ai le droit d'être bipolaire »*

*« Je suis arrivée au funambule en grande souffrance, je n'étais vraiment pas bien du tout, je ne voyais pas d'issue et le funambule m'a vraiment ouvert la porte de l'espoir. J'ai vu des personnes qui étaient rétablies, et je me suis dit wow, c'est possible. »*

Entretenir des interactions et des relations avec des personnes vivant la même souffrance qu'eux, et comprennent donc beaucoup mieux leur vécu est un soutien important dans la vie des personnes bipolaires qui les aide également dans l'acceptation de leur maladie.

#### **4.4.L'acceptation d'un stigmaté, un défi à relever**

La stigmatisation de la bipolarité a un impact sur les relations avec les autres, mais pas seulement, puisqu'elle rend parfois difficile l'acceptation de son propre trouble. Il est difficile de légitimer soi-même une maladie qui ne l'est pas dans la société. Cela conduit souvent à un sentiment de honte et de culpabilité.

*« Au début, honnêtement, tu culpabilises beaucoup et tu as honte et tu te dis qu'est-ce que j'ai fait et cetera. Et c'est en apprenant plus sur c'est quoi la bipolarité et qu'est-ce qu'elle peut créer, qu'est-ce qu'elle peut faire aux gens que tu arrives à te défaire de cette honte, et à te défaire de cette gêne. »*

Nous avons déjà vu que les discriminations sont souvent perçues comme aggravant leur santé mentale. C'est également le cas de la non-acceptation de son trouble. En effet, c'est ce qu'explique une interviewée : *« Je pense que ma dépression perdure aussi indépendamment du fait que je sois malade, par le fait que je dois accepter ce diagnostic effrayant. »*

L'acceptation totale du trouble est souvent vue comme une sorte d'étape finale, un idéal à atteindre. Selon Goffman, lorsque cette acceptation sera acquise, l'individu stigmatisé se dira alors qu'il n'a plus besoin de cacher son stigmate (1975). Mais cette acceptation n'est pas une étape, mais bien un long processus qui débute le jour où l'individu remarque sa différence.

*« La phase d'acceptation va comme dans un escalier je dirais, tu avances, tu acceptes plus ou moins, puis tu recules, "non, c'est inacceptable ! Comment accepter l'inacceptable ?" La souffrance aiguë, comment accepter ça ? J'ai fait ce chemin d'acceptation, mais il a fallu de nombreuses années je pense pour vraiment l'intégrer, et maintenant, me dire que je vis avec ce trouble. Je ne suis pas ce trouble. Donc, je ne m'estime pas être \*son prénom\* bipolaire, je suis \*son prénom\* qui vit avec le trouble bipolaire, au même titre que certaines personnes vivent avec de l'hypertension, ou vivent avec le diabète, moi je vis avec ce trouble bipolaire. »*

#### **4.5.Légitimation des maladies (bipolarité, maladies physiques et autres maladies mentales)**

La dernière phrase de l'extrait d'entretien précédent qui compare la bipolarité à de l'hypertension ou au diabète est particulièrement pertinente à analyser. En effet, les maladies dites « physiques » semblent dans certains cas plus légitimées que les pathologies mentales, avec moins de remise en question du diagnostic, du traitement à suivre et de l'importance du suivi par un professionnel. Pourtant, c'est ce qui passe régulièrement pour les personnes qui ont des pathologies mentales. C'est ce que Mechanic (2002, cité dans Schnittker, 2012) explique lorsqu'il dit que les symptômes de maladies mentales sont souvent perçus comme moins concrets que les symptômes de maladie physiques.

*« C'est quand même une maladie quoi, une vraie maladie. (...) C'est un peu compliqué d'avoir une reconnaissance et de se dire "est-ce que je suis vraiment malade ou je ne*

*suis pas malade”. ‘Fin oui je le sais, j’ai cette maladie avec moi, toute ma vie voilà. Mais comment est-ce que la société reconnaît cette maladie en fait. Une personne qui a une chaise roulante, c’est tous les jours qu’elle a une chaise roulante. Mais moi c’est tous les jours que je vis avec l’épée de Damoclès, que ça peut retomber sur moi, et c’est tous les jours que je fais des efforts, c’est tous les jours que je prends des médicaments. Et ça, je pense que les gens ne se représentent pas trop. »*

Cette comparaison avec les maladies légitimées par la société aide souvent les personnes avec des problèmes de santé mentale à se sentir ainsi eux-mêmes légitimes. Et cette légitimité est une des choses importantes à acquérir afin d’avancer sur le chemin de l’acceptation.

Mais cette différence de légitimité peut même s’observer entre plusieurs troubles mentaux. Bien que la dépression soit loin d’être totalement acceptée dans la société, elle le reste plus que la bipolarité car elle est mieux comprise. Il y a donc moins ce besoin de devoir l’expliquer quand on n’en a pas la force. C’est pour cette raison que certaines personnes auront plus de facilité à dire qu’elles sont en dépression plutôt que bipolaire. Goffman explique cette tactique : celle-ci « consiste à faire passer les signes d’une déficience stigmatisée pour ceux d’un autre attribut dont le caractère stigmatique est moins grave. » (Goffman, 1975, p. 115)

*« J’aimerais qu’on utilise le terme comme un terme médical et non plus comme un jugement. Que ce soit reconnu comme une maladie à part entière. Et qu’il n’y ait pas à devoir se cacher, devoir à vivre avec un secret, mais qu’on puisse le dire au même titre que quelqu’un qui vit avec de l’hypertension, que quelqu’un qui vit avec un cancer. (...) J’aimerais qu’un jour le trouble bipolaire puisse être reconnu à part entière comme une maladie invalidante importante aux yeux de la population, ce serait merveilleux. Mais je pense qu’il y a encore beaucoup de travail de sensibilisation à faire »*

On voit donc ici la différence de légitimation que la société donne entre les différentes maladies. Cette légitimation est directement en lien avec la stigmatisation de celles-ci. Moins on légitimise ce qu’on a, plus on aura du mal à l’accepter et inversement.

## **5. Discussion**

En conclusion, cette étude sur la stigmatisation du trouble bipolaire a permis de révéler plusieurs résultats. Tout d’abord, le diagnostic, en plus d’être un évènement important dans l’histoire d’une personne bipolaire, l’est également dans l’histoire de son stigmaté puisqu’il correspond à sa découverte. Notons que l’errance diagnostique est souvent influencée par la

méconnaissance de la maladie mais aussi par l'idée selon laquelle on peut se sortir d'un trouble mental par la simple volonté. Une fois que le diagnostic est enfin posé, deux types de réactions sont observés : le choc de devoir assimiler le stigmate à soi-même et / ou un sentiment de libération d'enfin poser un mot sur sa différence.

La représentation de la société joue un rôle important dans la stigmatisation de la bipolarité. On connaît une certaine amélioration dans l'image donnée à la bipolarité et la santé mentale, notamment grâce au passage du terme de maniaco-dépression à celui de bipolarité. Cependant, il reste encore beaucoup de stéréotypes sur le trouble. Notons que les médias, les films et les séries jouent aussi un rôle important. Ils peuvent autant contribuer à la déstigmatisation qu'à la stigmatisation de la maladie. Les représentations négatives sont souvent mal vécues par les personnes bipolaires qui ressentent d'autant plus ce transfert de préjugés sur leur trouble et donc sur eux-mêmes. Un préjugé fréquent sur la maladie est celui selon lequel les personnes vivant avec le trouble bipolaire seraient toujours en phase de manie ou de dépression sans connaître de stabilité. Un autre préjugé est celui selon lequel la bipolarité correspondrait au fait d'être lunatique. Cette mauvaise représentation peut conduire les personnes bipolaires à garder le secret de leur trouble et à se replier sur elles-mêmes.

Ensuite, nous avons vu que les relations et interactions sont des lieux particulièrement intéressants à analyser afin d'étudier la stigmatisation. Les relations de proximité, lorsque la souffrance de la personne bipolaire est entendue, peuvent être une vraie source de soutien. Mais les proches n'échappent pas aux croyances stéréotypées issues de la société. Ils se montreront donc parfois incapables d'accepter et comprendre la maladie. Il montre même parfois un réel manque d'intérêt. De plus, on retrouve également des discriminations et interactions stigmatisantes dans le milieu du travail. Il est donc fréquent que la personne bipolaire se sente obligée de le cacher par peur de revivre des discriminations.

La stigmatisation du trouble peut alors conduire à une distance sociale. Soit ce sont les proches qui prendront leur distance par peur et rejet de ce qu'ils ne comprennent pas, c'est-à-dire la bipolarité. Soit ce sont les personnes vivant avec le trouble bipolaire elles-mêmes qui prendront leur distance à cause de la blessure de la stigmatisation qu'ils ont bien trop subie. Cela les conduit donc majoritairement à faire un tri dans leur entourage. Ils se posent alors la question de quand et à qui en parler. Auprès du groupe auquel il ne révèle rien, ils devront alors porter un masque de faux-semblant, mais ce masque est dur à porter. D'autres, cependant, préféreront en parler plus ouvertement pour déstigmatiser la maladie.

Les relations et interactions entre pairs dans l'ASBL ont permis de dégager des éléments d'analyse sur les avantages de relations entre personnes partageant un même stigmaté. Les autres personnes se montrant incapable de le traiter normalement, l'individu bipolaire a parfois plus de facilité à côtoyer et à parler avec des personnes qui comprennent ce qu'il vit.

L'ensemble de ces difficultés sont des obstacles à l'acceptation de leur bipolarité qui est souvent vue comme l'objectif final à atteindre dans leur parcours. Cette acceptation est un long processus souvent difficile. Or, la non-acceptation contribue à l'aggravation de leur santé mentale.

Pour finir, ce travail a montré la différence de légitimité que l'on donnait aux différentes maladies. On a pu voir que la bipolarité était non seulement souvent plus stigmatisée que les maladies physiques, mais également dans une certaine mesure plus stigmatisée que d'autres troubles mieux connus comme la dépression.

## **6. Conclusion**

En conclusion, pour réaliser ce travail sur la stigmatisation du trouble bipolaire, j'ai tout d'abord mobilisé un cadre théorique autour des concepts de stigmaté, de discrimination, ou encore de représentation, et cela, en les liant directement ou indirectement à la santé mentale et à la bipolarité. Ensuite, j'ai réalisé une série d'entretiens abordant l'ensemble de ces concepts et en m'intéressant particulièrement au vécu de chaque interviewé.

La question de départ était donc celle-ci : « Comment est vécu le trouble bipolaire socialement par les personnes qui en sont atteintes ? ». L'objectif était de répondre à cette question au travers du concept de stigmatisation. Cela a mené à ma question de recherche qui était : « Comment la stigmatisation du trouble bipolaire est vécue par les personnes qui en sont atteintes ? », avec plusieurs sous-questions : Pourquoi le trouble bipolaire est stigmatisé ? Comment cette stigmatisation se manifeste dans la société et dans la vie de la personne vivant avec le trouble bipolaire ? Et quels sont les impacts de cette stigmatisation ?

Tout d'abord, cette stigmatisation est générée par une méconnaissance et une mauvaise compréhension de la maladie qui se manifeste non seulement dans la société mais également dans l'entourage des personnes bipolaires : médecins, psychologues, famille, amis, proches, collègues, patrons, etc. On a pu voir que la représentation de la société jouait un rôle dans la stigmatisation de la pathologie puisque les représentations qui étaient données à la maladie était souvent négatives ou non-représentatives de la réalité, générant de nombreux stéréotypes.

L'ensemble de cette représentation de la société influence également les proches du concerné et les feront avoir des réactions stigmatisantes voire discriminantes dont un exemple est la distance sociale. Les personnes bipolaires, subissant cette stigmatisation auront également des mécanismes de protection, comme la prise de distance et le tri dans leur entourage. Ils se sentiront également obligés de garder le secret de leur bipolarité avec plusieurs personnes et dans plusieurs contextes. L'ensemble de ces difficultés les amèneront à l'envie de côtoyer des personnes partageant le même stigmate pour retrouver un sentiment de confort. Tout le poids du stigmate est souvent un obstacle important à l'acceptation du trouble. Le processus d'acceptation sera alors long et connaîtra des avancées et des reculs.

Il serait intéressant d'étendre cette recherche car la stigmatisation est un concept large qui englobe beaucoup de sous-concepts et se manifestent dans beaucoup de sphères sociales. Il serait également pertinent d'interroger des *normaux* pour mieux comprendre les représentations qu'ils possèdent de la bipolarité et la manière dont celles-ci ont été construites. Pour finir, il est important de préciser que toutes les personnes interrogées lors de ce travail sont facilitateurs ou participants aux groupes de parole du funambule. Bien que les profils et statuts socio-économiques soient divers, l'accès à l'ASBL nécessite un certain stade d'acceptation et de conscience de son trouble pour y participer. Il serait donc également intéressant de mieux varier les profils interrogés.

La santé mentale doit devenir un sujet plus central dans notre société. Les études autour de la stigmatisation des pathologies mentales permettent de révéler l'impact de la méconnaissance et des discriminations que subissent les personnes concernées. Ces études sont donc déterminantes pour déstigmatiser la santé mentale et ainsi évoluer vers un monde dans lequel le seul problème dont devrait se préoccuper les personnes avec des pathologies mentales seraient la gestion de leur(s) trouble(s) et non plus la stigmatisation de ceux-ci.

## Bibliographie :

### Littérature scientifique

- Favre, S., & Richard-Lepouriel, H. (2023). Self-stigma and bipolar disorder : A systematic review and best-evidence synthesis. *Journal of Affective Disorders*, 335, 273-288.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.05.041>
- Goffman, E. (1975). *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps* (Les Editions de Minuit).
- Hamilton, S., Pinfold, V., Cotney, J., Couperthwaite, L., Matthews, J., Barret, K., Warren, S., Corker, E., Rose, D., Thornicroft, G., & Henderson, C. (2016). Qualitative analysis of mental health service users' reported experiences of discrimination. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(S446), 14-22. <https://doi.org/10.1111/acps.12611>
- Hansson, L., Stjernswärd, S., & Svensson, B. (2014). Perceived and anticipated discrimination in people with mental illness—An interview study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68(2), 100-106. <https://doi.org/10.3109/08039488.2013.775339>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2014). Mental Illness Stigma and the Sociology of Mental Health. In R. J. Johnson, R. J. Turner, & B. G. Link (Éds.), *Sociology of Mental Health : Selected Topics from Forty Years 1970s-2010s* (p. 75-100). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-07797-0\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-319-07797-0_4)
- Martinache, I. (2022). Pierre Bourdieu, Retour sur la réflexivité. *Lectures*.  
<https://doi.org/10.4000/lectures.55243>
- Pignon, B., Tebeka, S., Leboyer, M., & Geoffroy, P.-A. (2017). De « Psychose maniaco-dépressive » à « Troubles bipolaires » : Une histoire des représentations sociales et de la stigmatisation en rapport avec la nosographie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 175(6), 514-521. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2016.02.015>

Schnittker, J. (2013). Public Beliefs About Mental Illness. In C. S. Aneshensel, J. C. Phelan, & A. Bierman (Éds.), *Handbook of the Sociology of Mental Health* (p. 75-93).

Springer Netherlands. [https://doi.org/10.1007/978-94-007-4276-5\\_5](https://doi.org/10.1007/978-94-007-4276-5_5)

Sicot, F. (2011). Chapitre III. Sociologie des maladies mentales. In M. Drulhe (Éd.), *La santé à cœur ouvert : Sociologie du bien-être, de la maladie et du soin* (p. 65-90). Presses

universitaires du Midi. <https://doi.org/10.4000/books.pumi.7320>

Van Campenhoudt, L., Marquet, J., & Quivy, R. (2017). Cinquième étape – L'observation. In *Manuel de recherche en sciences sociales: Vol. 5e éd.* (p. 201-262). Dunod.

<https://doi.org/10.3917/dunod.vanc.2017.01.0199>

#### Littérature non scientifique :

Le Funambule. (2024, avril 26). *A propos - Le Funambule*. <https://www.bipolarite.org/>

*Prévenir le suicide dans les troubles bipolaires grâce à la recherche*. (s. d.). Fondation

FondaMental. <https://www.fondation-fondamental.org/prevenir-le-suicide-dans-les-troubles-bipolaires-grace-la-recherche>

*Tripolaire : l'humeur normale et la bipolarité*. (2021, 31 janvier). Tripolaire.info.

<https://www.tripolaire.info/>

*Troubles bipolaires : diagnostiquer plus tôt pour réduire le risque suicidaire*. (s. d.). Haute

Autorité de Santé. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2560925/fr/troubles-bipolaires-diagnostiquer-plus-tot-pour-reduire-le-risque-suicidaire](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2560925/fr/troubles-bipolaires-diagnostiquer-plus-tot-pour-reduire-le-risque-suicidaire)

World Health Organization : WHO. (2022, 8 juin). *Troubles mentaux*.

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>