

**De « Psychose maniaco-dépressive » à  
« Trouble bipolaire ».  
Nosographie, représentations sociales  
et stigmatisation**

Mémoire DIU Santé Mentale dans la communauté  
Baptiste Pignon

Référent de mémoire : Jean-Yves Giordana

# Sommaire

Introduction

Méthodes

I Une histoire nosographique du trouble bipolaire : de Jean-Pierre Falret au DSM

- 1.1 Les auteurs français du XIX<sup>ème</sup> siècle : Folie circulaire et Folie à double forme
- 1.2 De Kraepelin à Deny et Camus : l'émergence de la psychose maniaco-dépressive
- 1.3 La distinction unipolaire-bipolaire de Karl Leonhard
- 1.4 Le DSM et l'émergence d'une nosographie internationale
- 1.5 Le spectre bipolaire d'Hagop Akiskal
- 1.6 La nosographie contemporaine et le règne du trouble bipolaire

II La stigmatisation en psychiatrie

2.1 Définitions des différents concepts

- 2.1.1 Les représentations sociales
- 2.1.2 La stigmatisation
- 2.1.3 La discrimination

2.2 La stigmatisation des maladies mentales

- 2.2.1 Les représentations sociales et la stigmatisation des maladies mentales
  - 2.2.1.1 Les représentations sociales des maladies mentales
  - 2.2.1.2 Les 3 niveaux de stigmatisation de Norman Sartorius
  - 2.2.1.3 L'autostigmatisation des sujets atteints de maladie mentale
- 2.2.2 Les conséquences de la stigmatisation des maladies mentales
- 2.2.3 La stigmatisation de la psychose
  - 2.2.3.1 Retour rapide sur l'histoire de la notion de psychose
  - 2.2.3.2 La psychose aujourd'hui
  - 2.2.3.3 Spécificités de la stigmatisation de la psychose

2.3 La lutte contre la stigmatisation

- 2.3.1 Les différentes opérations de lutte contre la stigmatisation
- 2.3.2 Les résultats des opérations de lutte contre la stigmatisation
- 2.3.3 Les limites et les paradoxes de la lutte contre la stigmatisation
  - 2.3.3.1 Les limites des évaluations de la stigmatisation
  - 2.3.3.2 Quid des troubles psychiques ?
  - 2.3.3.3 Lutte contre la stigmatisation et économie biopolitique : les paradoxes de la santé mentale

### III De la psychose maniaco-dépressive au trouble bipolaire

#### 3.1 Les conséquences médicales du passage de la notion de psychose maniaco-dépressive à celle de trouble bipolaire

##### 3.1.1 De l'abandon du paradigme de la psychose pour qualifier les troubles de l'humeur

##### 3.1.2 De maladie à trouble, de catégoriel à dimensionnel

###### 3.1.2.1 Approches dimensionnelle et catégorielle : un bref rappel

###### 3.1.2.2 Les enjeux du passage de l'un à l'autre

###### 3.1.2.3 Les conséquences en termes de santé mentale

#### 3.3 L'avis des usagers sur le changement de nom

##### 3.3.1 Présentation des usagers interrogés

###### 3.3.1.1 Mme B.

###### 3.3.1.2 Mme V.

###### 3.3.1.3 Mme L.

##### 3.3.2 Les différents vécus de stigmatisation

###### 3.3.2.1 Au niveau professionnel

###### 3.3.2.2 Aux niveaux social et familial

##### 3.3.3 De « Psychose maniaco-dépressive » à « Trouble bipolaire »

#### 3.4 Les représentations sociales contemporaines et la stigmatisation du trouble bipolaire de nos jours

##### 3.4.1 Les représentations sociales contemporaine du trouble bipolaire

###### 3.4.1.1 Revue de presse

###### 3.4.1.2 Bipolarité et société contemporaine

###### 3.4.1.3 La schizophrénie : une situation opposée

##### 3.4.2 Bipolarité et stigmatisation : une revue de la littérature

###### 3.4.2.1 Une évaluation quantitative de la stigmatisation des bipolaires

###### 3.4.2.2 Les conséquences des phénomènes de stigmatisation et de discrimination pour les bipolaires

###### 3.4.2.3 Les comparaisons avec la schizophrénie

### Discussion

### Annexes et bibliographie

Remerciements : Céline Loubières, Aude Caria, Michel Maron, Pierre Geoffroy, Anaïs Vaglio, Benjamin Rolland, Nathalie Maunoury, Olivier Doron, Najib Derhourhi, Vincent Jardon, Sarah Tebeka

## Introduction

En 1975, le sociologue américain Erving Goffman publiait « Stigmate. Les usages sociaux des handicaps » [1]. Ce travail a depuis inspiré une profusion de recherche sur les représentations sociales et sur les phénomènes de stigmatisation et discrimination qui touchent différents types de populations comme les homosexuels, les minorités ethniques ou religieuses ou les handicapés physiques de toutes sortes (auditif, visuel, moteur, ...). Les personnes souffrant de troubles psychiques ont naturellement fait partie de ces objets de recherche ; et l'on a découvert progressivement l'étendue de ces phénomènes comme de leurs conséquences – notamment en termes d'aggravation du handicap initial. Cette aggravation du handicap se fait notamment par l'inobservance thérapeutique qui découle de l'absence de reconnaissance des troubles dans ce contexte de stigmatisation de ces troubles.

Dans ce travail, nous nous pencherons sur la stigmatisation du trouble bipolaire (TB). Il s'agit d'une maladie psychiatrique sévère, chronique et fréquente caractérisée par des variations pathologiques de l'humeur et de l'énergie qui se trouvent être soit augmentées (exaltation de l'humeur, ou manie) ou au contraire diminuée (dépression de l'humeur) – avec entre les épisodes thymiques des intervalles dits libres (il est cependant connu aujourd'hui que durant ces intervalles un certains nombres de paramètres comme le sommeil et l'impulsivité sont perturbés). Le TB est reconnu comme la septième cause de handicap par année de vie parmi toutes les maladies dans la population des 15 à 44 ans par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [2] [3]. Il est classiquement reconnu que 1 à 4 % de la population générale est atteinte des formes typiques du trouble bipolaire. Le facteur principal de rechute thymique chez un patient souffrant de TB est l'inobservance thérapeutique [3] [4], qui souvent découle d'un environnement stigmatisant. Cette maladie a connu durant l'histoire de nombreuses dénominations et elle se nommait en France jusqu'au début des années 90 la psychose maniaco-dépressive (PMD) [5].

On observe depuis quelques années des mutations des représentations sociales du trouble bipolaire, attestées par l'expérience de nombreux psychiatres qui voient des patients arriver armés d'un autodiagnostic de bipolarité [6]. Ce travail cherche à voir dans quelle mesure le changement récent de nom a pu participer à modifier ces représentations. A travers cette réflexion, nous pourrions également constater les nombreuses mutations de la psychiatrie

ces dernières décennies. Cette réflexion est également un apport au débat sur le changement de dénomination de la schizophrénie, à l'heure de la révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM) par l'OMS.

## **Méthodes**

Dans une première partie, nous ferons un rappel de l'évolution nosographique qu'a connu la caractérisation des troubles de l'humeur de l'Antiquité à nos jours, en passant par le XIXe siècle aliéniste.

Dans une deuxième partie, nous présenterons ce phénomène de la stigmatisation en général et des maladies mentales en particulier en revenant sur les principales définitions. Les conséquences de la stigmatisation pour les sujets souffrant de troubles psychiques et leurs proches seront ensuite envisagées – en insistant particulièrement sur la stigmatisation de la psychose, afin d'envisager ce qui pourrait spécifiquement être attaché à cette notion. Enfin, nous verrons quels sont les différents moyens utilisés jusqu'à présent pour lutter contre ces phénomènes de stigmatisation et de discrimination.

La dernière partie traite spécifiquement des conséquences du passage de PMD à TB. Dans un premier temps, nous verrons quelles peuvent en être les conséquences proprement médicales. Puis nous envisagerons ses conséquences en termes de représentations sociales contemporaines – donc de stigmatisation. La littérature médicale nous offre peu d'information sur la stigmatisation des patients atteints de TB « à l'époque PMD », car il s'agit d'une entité française ancienne et que la majorité des recherches sur le sujet sont plutôt récentes et plutôt anglo-saxonne – donc peu de moyens de comparaison avec la période contemporaine. Nous verrons donc comment quelques usagers en santé mentale qui ont connu les deux diagnostics ont vécu le changement de nom, et ce qu'ils en pensent. Enfin, nous analyserons les représentations contemporaines du TB – en essayant d'y voir ce qui peut découler du changement de nom – ainsi que la stigmatisation des patients atteints de trouble bipolaire de nos jours.

## **I Une histoire nosographique du trouble bipolaire : de Jean-Pierre Falret au DSM**

La *manie* et la *mélancolie* font partie des premières maladies décrites dans *l'Antiquité*. On en retrouve des descriptions à l'époque pré-hippocratique [7]. Les premières observations médicales de la possibilité de transformation de la « mélancolie » en « folie » remontent à Hippocrate. Des liens entre les dépressions de l'humeur (ou mélancolie) et manie sont également discutées par Willis au XVIIIe [5].

Dans la première partie du XIXe siècle, « *l'aliénation mentale* » décrite par Philippe Pinel dans son *Traité médicophilosophique* était implicitement considérée comme l'unique maladie mentale, et ses quatre espèces (manie, mélancolie, démence et idiotisme) [8]. Il n'y a alors pas de forme spécifique de trouble associant dépression et manie, bien qu'il ait eu l'intuition d'un lien dans certaines de ses descriptions cliniques [5].

### **1.1 Les auteurs français du XIXème siècle : Folie circulaire et Folie à double forme**

La première entité rassemblant ces deux maladies est créée par *Jean-Pierre Falret* en 1854 dans ses *Leçons cliniques de médecine mentale* tenues à l'hospice de la Salpêtrière : la *folie circulaire* [9] [10]. L'auteur écrit ainsi : « La transformation de la manie en mélancolie et réciproquement a été signalée dans tous les temps comme un fait accidentel ; mais on n'a pas assez remarqué... qu'il existe une catégorie d'aliénés chez lesquels cette succession de la manie et de la mélancolie se manifeste avec continuité et d'une manière presque régulière. Ce fait nous a paru assez important pour servir de base à une *forme particulière de maladie mentale* que nous appelons folie circulaire, parce que l'existence de ce genre d'aliénés roule dans un même cercle d'états maladifs qui se reproduisent sans cesse, comme fatalement, et ne sont séparés que par un *intervalle de raison* de courte durée » [9]. Falret signale toutefois que dans les deux types d'accès de cette folie circulaire, la sémiologie est peu prononcée.

*Jules Baillarger*, en 1890, parle lui de *folie à double forme* [11]. Il accusera d'ailleurs Jean-Pierre Falret de plagiat [8]. Pour lui, les phases d'excitation et de dépression sont deux périodes d'un même accès. Le diagnostic de folie à double forme nécessite d'avoir observé les deux types d'accès.

*Jules Falret* prolongera les travaux de son père et de *Baillarger* et estimera qu'il existe plusieurs types de folie circulaire selon l'existence d'un *intervalle libre* entre les accès, ou selon la durée des accès [12].

## **1.2 De Kraepelin à Deny et Camus : l'émergence de la psychose maniaco-dépressive**

En 1899, dans la sixième édition de son *Traité*, *Emil Kraepelin*, sous l'influence d'auteurs français [8], réunit, toutes les formes de maladie mentale qualifiées d'*intermittentes, circulaires à double forme* ou *périodiques* en une affection *unique* en une forme nommée la *folie maniaco-dépressive* [5] [13] [14] [15]. Il s'agit d'une psychose *endogène* constitutionnelle, peu influencée par l'environnement. La séquence et la durée des cycles déterminent les aspects cliniques mais pas le diagnostic. Elle est distinguée de la démence précoce : c'est la fameuse *dichotomie kraepelinienne*, encore d'actualité dans la distinction schizophrénie - TB (il existe une troisième forme de maladie mentale pour Kraepelin : les psychoses d'involution). Kraepelin isole également pour la première fois *l'état mixte* où s'associent symptomatologie maniaque et dépressive. Pour lui, l'aspect clinique de l'état mixte, en associant ces deux types de symptômes, démontre la parenté de la manie et de la mélancolie [5]. La folie maniaco-dépressive est contestée en France, et notamment l'inclusion de maladies comme la *mélancolie d'involution* (dépression de la femme ménopausée à début progressif et avec des plaintes hypochondriaques au premier plan) [13]. La distinction unipolaire-bipolaire n'existe pas alors. En Allemagne, on questionne l'unicité des 3 troubles kraepelinien, que beaucoup d'auteurs décrivent comme trop larges [16].

La contribution de *Gilbert Ballet* est également à signaler. Dans son *Traité des pathologies mentales* (1903), il décrit les *psychoses périodiques* ou *intermittentes* qui comprennent des accès mélancoliques et maniaques qu'il schématise par des graphiques [17].

*Gaston Deny* et *Paul Camus*, aliénistes français, reprendront en 1907 les travaux de Kraepelin et introduisent le terme de *psychose maniaco-dépressive* – traduction incorrecte de *l'Irresein* kraepelinien – qui servira dorénavant à dénommer l'affection en France [13]. Ils la définissent ainsi : "C'est une psychose constitutionnelle, essentiellement héréditaire, caractérisée par la répétition, l'alternance, la juxtaposition ou la coexistence d'états

d'excitation et de dépression. Elle comporte seulement 3 groupes d'éléments reliés [...] par de nombreuses formes intermédiaires des états maniaques, des états dépressifs et des états mixtes" [5] [18]. En 1908, *Gaston Deny* fait paraître le premier article français sur la *constitution cyclothymique*, qui sera plus tard intégré dans le spectre bipolaire, et qui désigne un état mental où se succèdent des périodes euphoriques et des périodes de baisse d'humeur sans qu'il s'agisse de véritables épisodes maniaques ou dépressifs [19].

### **1.3 La distinction unipolaire-bipolaire de Karl Leonhard**

En 1957, *Karl Leonhard* fait éclater la folie maniaco-dépressive kraepelinienne en plusieurs formes qu'il appellera *unipolaires* et *bipolaires*, selon que l'existence d'accès dépressifs seuls ou des deux types d'épisodes [16] [20]. *Jules Angst* confirmera dans des études cliniques l'existence de 3 formes de PMD : les formes unipolaires maniaque ou dépressive, ainsi que la forme bipolaire (1973) [8]. *Ronald Fieve* et *David Dunner* isolent eux les PMD à *cycles rapides* caractérisées par la survenue d'au moins 4 épisodes dysthymiques (dépressifs ou maniaques) par an [21]. En 1970, la découverte du premier traitement efficace dans la prévention des récives, le *Lithium*, fonde un peu plus la validité de ce diagnostic.

### **1.4 Le DSM et l'émergence d'une nosographie internationale**

La nosographie mondiale va dans la fin du XXe siècle s'uniformiser lentement avec l'influence grandissante des versions successives du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (*DSM*), édité par l'American Psychiatric Association (*APA*). Il s'agit d'un manuel censé répertorier et définir tous les troubles mentaux – d'un point de vue statistique, c'est-à-dire quels sont, dans chaque pathologie, les symptômes les plus fréquemment présents et qui pourraient suffire à poser un diagnostic. La première édition a été publiée en 1952 ; elle est très influencée par les théories d'*Adolf Meyer*, leader incontesté de la psychiatrie américaine. La deuxième édition est proche de la classification de l'OMS de l'époque. Toutes deux ne dépassent pas les Etats-Unis en termes de notoriété. La troisième édition, parue en 1980, marque un tournant dans l'histoire du DSM. En effet, contrairement aux deux précédentes, elle refuse de définir les troubles par leurs causes quand celles ci ne sont pas clairement démontrées. En ce sens, elle se veut indépendante des grandes orientations psychiatriques, et notamment analytiques. Elle est annoncée comme « *athéorique* » par ses

auteurs. Les diagnostics sont purement descriptifs. Le *DSM III* est traduit en français en 1983 et sa notoriété traverse l'Atlantique. L'approche athéorique et descriptive séduit progressivement un grand nombre de psychiatres, notamment dans les milieux universitaires, lassés des querelles sur les causalités des maladies psychiques, à une époque où la psychanalyse déçoit, surtout en ce qui concerne le traitement des psychoses [22]. Le *DSM III* intègre la distinction leonhardienne (unipolaire-bipolaire) dans le groupe des « *troubles affectifs* » qui contient les troubles affectifs majeurs et les troubles affectifs non spécifiques (ils seront requalifiés « *troubles de l'humeur* » dans les éditions suivantes). Les *troubles affectifs majeurs* contiennent les *troubles bipolaires* ainsi que les *dépressions majeures*. Chaque trouble répond à des psychotropes spécifiques (thymorégulateurs pour le TB, antidépresseurs pour les dépressions). C'est la scission de la PMD kraepelinienne, jugée trop large [23]. Là où la PMD désignait la *récurrence* d'épisodes dépressifs ou maniaques, le diagnostic de TB nécessite d'avoir observé un épisode maniaque *et* un épisode dépressif. Cette scission est justifiée par des arguments cliniques, biologiques ou pharmacologiques [23]. À propos de la dénomination de « TB » utilisée, S. Nassir Ghaemi, psychiatre américain spécialiste des troubles de l'humeur, dira : « Le mot "Trouble" a été ajouté à tous les diagnostics du *DSM III* pour éviter tout jugement étiologique ; puis le terme "Maladie", qui indique une affection médicale, a été retiré, produisant "Trouble bipolaire" et "Épisode dépressif majeur" » [23]. Les *troubles affectifs non spécifiques* sont, eux, composés de la *cyclothymie* et du trouble *dysthymiques* ; ils ont en commun la chronicité de leur évolution ainsi que l'absence d'épisodes dépressifs ou maniaques francs [24]. La dixième version de la CIM (*CIM-10*), publiée en 1992 par l'*OMS*, reprendra la classification des troubles affectifs du *DSM III* [25]. L'utilisation du terme TB et l'abandon de celui de PMD vont suivre la notoriété du *DSM* et s'imposera peu à peu au début des années 1990.

## 1.5 Le spectre bipolaire d'Hagop Akiskal

Dans le courant des années 80, Hagop S. Akiskal, psychiatre américain, revient sur la séparation du TB et des dépressions majeures. Ce psychiatre américain identifie alors de nombreux patients qui, cliniquement et pharmacologiquement (de par l'absence de réponse aux antidépresseurs), ne correspondent pas aux critères diagnostiques du TB, ont en réalité un TB atténué [26]. Il propose de maintenir la distinction mais introduit le terme de « *spectre bipolaire* » qui rassemble, au-delà du TB, la cyclothymie, les épisodes dépressifs majeurs récurrents. C'est un retour vers une approche kraepelinienne [7] [23] [27].

## **1.6 La nosographie contemporaine et le règne du trouble bipolaire**

En 1994, dans le *DSM IV*, l'antécédent d'épisode dépressif n'est plus nécessaire au diagnostic de TB. L'épisode d'élévation de l'humeur suffit. Une distinction est introduite entre le TB de *type I*, qui sous-entend la présence d'un épisode maniaque franc (défini par une symptomatologie maniaque, une durée supérieure à 7 jours et la nécessité d'une hospitalisation) du *type II*, défini par un antécédent *d'épisode hypomaniaque* (de sévérité et durée moindre que l'épisode maniaque). Le *type III* est réservé aux épisodes d'élévation de l'humeur déclenchés par un traitement pharmacologique (*virage maniaque* pharmaco-induit). La cyclothymie est également intégrée au TB [28]. L'annexe n°1 récapitule les différents critères diagnostiques des grandes classifications internationales des années 80 et 90.

Les années 90 voient se développer une intense activité de recherche autour du TB. Plusieurs nouvelles formes, dans le sillage des recherches sur le spectre bipolaire, émergent. Il en est ainsi par exemple du trouble *schizoaffectif*, qui associe la schizophrénie et les épisodes thymiques – dépressifs ou maniaques – du TB (cf. partie 3.1.1) [7]. Kraepelin avait déjà décrit des formes semblables, qui dépassaient sa dichotomie folie maniaco-dépressive - démence précoce.

Le phénomène de la stigmatisation des personnes souffrant des maladies mentales est étudié depuis quelques décennies seulement, dans ce contexte de recherche de moyens d'améliorer la qualité de vie des personnes souffrantes et – phénomène concomitant – de contestation des pratiques psychiatriques.

## **II La stigmatisation en psychiatrie**

### **2.1 Définitions des principaux concepts**

#### **2.1.1 Les représentations sociales**

Les représentations sociales sont des « élaborations groupales ». Ce sont des produits de la pensée, des opinions, des croyances qui reflètent, le *point de vue prévalent d'une communauté* à un moment donné [29]. Denise Jodelet, psychosociologue spécialiste de la question, définit la représentation comme « une forme de connaissance socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourant à la *construction d'une réalité commune* à un ensemble social » [30]. C'est un préjugé, un *biais cognitif*, qui s'impose à chacun, et qui donne une valeur prédictive négative ou positive. Ces représentations sont à l'interface de l'individu et du collectif. Elles concernent des faits, des situations ou des personnes et elles sont à la base des codes de vie dans la communauté [29] [30]. Elles peuvent représenter une tentative de réponse à une situation source de difficultés, que ce soit lié à un inconnu, un mystère, une situation complexe difficile à expliquer et à intellectualiser.

Les représentations sociales sont inhérentes à l'existence d'un groupe humain. Par certains côtés, elles le définissent [31]. Elles sont plus ancrées dans le domaine affectif qu'intellectuel : elles infiltrent les comportements collectifs et individuels des personnes même les plus informées, et survivent largement à l'expérience et au savoir [29]. De nombreux auteurs – Michel Foucault, Pierre Bourdieu, Jacques Derrida – ont travaillé à faire émerger cette idée : le monde n'est que la somme des représentations que nous en avons [32].

Les représentations sociales ont des conséquences sur les comportements des individus et des groupes, qui sont parfois plus influencés par celles-ci que par la réalité ou la connaissance qu'ils ont des situations [29] [30].

### **2.1.2 La stigmatisation**

La notion de stigmatisation provient du mot grec ancien *Stitzein*, qui signifie tatouer, marquer au fer rouge. Le stigma est, dans la Grèce Antique, une marque physique d'identification que l'on imprimait au fer sur la peau des esclaves de la Grèce Antique pour *indiquer au reste de la société* leur *statut inférieur* ou leur moindre valeur en tant que membres de cette société – esclave, traître, criminel [29] [1]. Du grec stigma, le terme est passé en latin à *stigmata*, qui correspond à la marque déposée sur le corps d'une personne, afin que puissent être connues de tous l'opprobre, l'ignominie de celui qui la porte [29]. Plus tard, au temps du christianisme, il prend deux sens différents : les marques laissées sur le corps par la grâce divine (à l'image du Christ) ; et les signes corporels d'un désordre physique

(allusion également aux stigmates christiques). De nos jours, il s'emploie au sens littéral originel, mais s'applique plus à la disgrâce elle-même qu'à sa manifestation corporelle. Il implique une *catégorisation*, une séparation entre un « nous » et un « eux » [33]. *Erving Goffman*, dans *Stigmate*, en donne cette définition : « Tout le temps que l'inconnu est en notre présence, des signes peuvent se manifester montrant qu'il possède un attribut qui le rend différent, et aussi moins attrayant, et qui, à l'extrême, fait de lui quelqu'un d'intégralement mauvais, ou dangereux, ou sans caractère. Ainsi diminué à nos yeux, il cesse d'être pour nous une personne accomplie et ordinaire, et tombe au rang d'individu vicié, amputé. Un tel attribut est un stigmate. Il représente un désaccord particulier entre les identités sociales virtuelle [caractère attribué à l'individu en nous appuyant sur nos anticipations quant à se stigmates] et réelle [liée au attributs que l'individu possède réellement] » [1].

Le terme stigmatisation est un terme complexe qui fait référence à un concept *multidimensionnel* : l'attitude générale, de l'ordre du préjudice, induite par la méconnaissance ou l'ignorance d'une situation ou d'un état ; cette méconnaissance ou cette ignorance générant des conduites et des comportements de *discrimination* [29]. On donnera en exemple les multiples diagnostics scientifiques de déficience mentale qui à différentes époques sont devenues peu à peu des marques négatives pour les personnes souffrant de cette affection : idiot, débile ou imbécile. Ainsi, la stigmatisation repose sur les représentations sociales quand celles ci sont des préjugés négatifs [29].

### **2.1.3 La discrimination**

La discrimination désigne le fait de traiter différemment, *moins bien ou mieux*, une personne par rapport à une autre dans une situation comparable. C'est une restriction ou un élargissement des droits de cette personne par rapport aux autres, du fait d'un stigmate [34]. Ce concept est proche de celui de stigmatisation. Il est important que les situations soient comparables pour que l'on parle de discrimination. Par exemple, dans une situation de recherche d'emploi, la maladie mentale ne doit grever pas les compétences du sujet. Dans le cas de symptômes invalidants, empêchant l'exercice d'un emploi, on ne peut parler de stigmatisation.

Le mémorandum des Nations-Unies de 1949 déclare qu'« est discriminatoire tout comportement fondé sur la base de catégories naturelles ou sociales, catégories qui sont sans rapport ni avec les capacités ou mérites, ni avec la conduite de la personne » [35].

## 2.2 La stigmatisation des maladies mentales

### 2.2.1 Les représentations sociales et la stigmatisation des maladies mentales

La stigmatisation touche de nos jours les personnes présentant des troubles psychiques et détermine une *discrimination* dans certaines situations de la vie quotidienne [36]. C'est un *obstacle* majeur dans leur intégration dans la communauté. Les études attestant de cette stigmatisation sont innombrables. Elles ont été conduites dans différents pays, avec des méthodologie variées, mais avec des résultats homogènes : il n'y a pas de société où les personnes atteintes de troubles mentaux sont traitées « à l'égal » des autres [29].

#### 2.2.1.1 Les représentations sociales des maladies mentales

Selon Jean-Yves Giordana, psychiatre spécialiste de la question [37], les représentations sociales liées aux maladies mentales sont de trois ordres. Premièrement, le malade mental est *violent* et *dangereux*. Deuxièmement, il est *hors norme*, incapable de se conformer aux lois et aux conventions sociales – ce qui le rend imprévisible. Enfin, ils sont représentés comme ayant une perception infantile du monde – « *l'idiot du village* » [29]. On pourrait ajouter les idées de *fixité* et d'*incurabilité*. Ces représentations engendrent la stigmatisation des maladies mentales.

La question de la *violence* et du *danger* liée à la maladie mentale est centrale dans les représentations – anciennes et contemporaines. Elle est réactivée ces dernières années lors de la médiatisation d'agressions dans l'espace public dont les auteurs ont été suivis en psychiatrie [38]. On peut également citer les discussions récurrentes – politiques, judiciaires, philosophiques, psychiatriques – sur le taux élevé de troubles mentaux en milieu carcéral [39] [40] [41]. Les enquêtes montrent que la représentation de l'association entre maladie mentale et violence s'accroît ces dernières années [42]. Or, il s'avère que cette croyance est en grande partie erronée. Selon les différentes études, une partie des actes de violence

minoritaire – de 2,7 à 10 % selon les études [38] – seraient commis par des personnes ayant des antécédents psychiatriques.

Il y a quelques années était conduite en France l'étude *Santé Mentale dans la Population Générale* (SMPG) afin de recueillir, dans une population représentative de la population générale, les représentations sociales liées à trois notions : la folie, la maladie mentale et la dépression [43]. 79 % des interrogés déclarent ainsi la folie « incurable » [44]. En cas de troubles psychiques, 66% des personnes conseilleraient à un proche d'aller voir un psychiatre... mais moins de 12% feraient de même en cas de problème de cet ordre [43]. Il en ressort que, si les représentations sociales sont des tentatives de réponse à un questionnaire sur la condition humaine, on pourra dire que la « folie » correspond à la question de la maîtrise de soi et de sa propre liberté psychique, que la « maladie mentale » correspond à l'impossibilité de concevoir la pensée comme l'émanation d'un organe, et que la « dépression » correspond à la difficulté d'être un être sensible et donc sujet de souffrance [45].

#### 2.2.1.2 Les 3 niveaux de stigmatisation de Norman Sartorius

La stigmatisation des maladies mentales s'appuie sur les représentations sociales mises en évidence par l'étude SMPG [46]. *Norman Sartorius*, psychiatre mondialement connu pour ses travaux sur la stigmatisation des maladies mentales, fait une lecture *écosystémique* de la discriminations des personnes atteints de troubles psychiques et décrit 3 niveaux de stigmatisation en interactions permanentes les uns avec les autres : *l'individu* atteint, son *entourage proche*, et les *institutions* et services de soins aux malades. Au niveau individuel, la survenue des signes de la maladie sont autant de *marqueurs* – de *stigmaté*, aurait dit Goffman – amenant le sujet à *s'identifier* en tant que malade et à s'accompagner de préjugés négatifs, d'idées reçues péjoratives, ce qui aboutit à une mise à l'écart du groupe social. Ce niveau rejoint la notion *d'autostigmatisation* sur laquelle nous reviendrons. Au niveau familial, la succession d'évènements liés à l'histoire de la maladie – accueillis avec des sentiments de honte, de culpabilité, d'inquiétude - va progressivement engendrer une diminution du *contrôle émotionnel* ainsi qu'un *éloignement* des réseaux amicaux et sociaux de chacun des membres de la famille touchée. Enfin, au niveau des services de santé mentale, la stigmatisation des troubles psychiques aura un impact en termes d'investissements gouvernementaux [47] [48].

### 2.2.1.3 L'autostigmatisation des sujets atteints de maladie mentale

Selon Goffman, l'une des conditions nécessaires de la vie sociale est le partage par tous les intéressés d'un ensemble d'attentes normatives, de normes, maintenues et soutenues en partie parce qu'elles sont incorporées. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que les sujets souffrant troubles psychiques les relaient [1]. Une étude de Scheper-Hughes a montré qu'ils acceptent les préjugés négatifs qui les affectent et les conditions qui leur sont faites. C'est entre autres pourquoi ils refusent la maladie car ils partagent les mêmes opinions négatives que l'ensemble de la population [49].

D'après Goffman, « puisque l'individu stigmatisé vivant dans une société y acquiert inévitablement certains critères d'identité qu'il s'applique à lui-même même s'il échoue à s'y conformer, il ne peut qu'éprouver de *l'ambivalence* à l'égard de sa propre personne. » Cette ambivalence se ressent dans les fluctuations de l'identification à ses « compagnons de stigmaté », et de sa tendance à hiérarchiser les « siens » : vis-à-vis des plus atteints, il a souvent la même attitude que les « normaux » à son égard [1].

L'autostigmatisation ne se limite pas à ce partage ou même ce relais de préjugés négatifs. Elle induit également une *auto-inhibition* des individus stigmatisés – ce que les auteurs anglo-saxons nomment « internalized stigma ». Ce phénomène est en miroir de la stigmatisation par la société. Il est très étudié et les enquêtes montrant son étendue sont très nombreuses [50]. Il engendre perte de l'estime de soi et auto inhibition dans les relations sociales, notamment concernant les relations sociales, des études ou un emploi, mais également en termes d'engagements dans les processus de rétablissement. Un diagnostic de trouble psychique invalidant incitera par exemple le sujet à stopper ses études. Yanos et al. ont proposé un modèle présentant le développement et l'impact de cette auto-stigmatisation. Nous le reproduisons dans l'annexe 2. Il aboutit à l'augmentation de l'anxiété sociale et du risque suicidaire.

### 2.2.2 Les conséquences de la stigmatisation des maladies mentales

En 1992, le Surgeon General, la haute autorité de santé publique américaine, attestait de progrès conséquents dans les prises en charge des maladies psychiatriques. Il remarquait également qu'un grand nombre de personnes atteintes ne bénéficiaient pas de ces progrès.

Deux types de causes étaient avancées : l'incohérence et le manque de coordination du système de soins et l'impact de la stigmatisation des maladies mentales dans la population générale [51]. Les effets préjudiciables de la stigmatisation sur les sujets atteints de troubles psychiques sont multiples et variées [52].

On peut retrouver ces conséquences à chacun des niveaux décrits par Sartorius. Au niveau individuel, la stigmatisation entraîne *retard* de consultation ou *absence* de recours aux soins, déni des troubles, observance thérapeutique incomplète, exacerbation symptomatique – autant de répercussions sur la qualité de vie des malades mentaux [34] [53]. Ainsi, la stigmatisation entraîne perte de l'estime de soi, accroissement de la vulnérabilité, difficultés à trouver emploi et logement – et au final mise à l'écart et *isolement* [33]. Au niveau familial, le préjudice subi engendre isolement, qui devient à son tour facteur de stress et d'évolution péjorative. Enfin, au niveau institutionnel, les idées d'incurabilité entraîne la réduction des moyens déployés par les différents programmes gouvernementaux [46] – le rendement médiocre des institutions psychiatriques venant renforcer la stigmatisation [47][48].

La stigmatisation n'est pas seulement une conséquence pernicieuse de la maladie mentale, c'est également un *facteur de risque* pour la santé ainsi qu'une cause directe d'incapacité et de handicap [52].

### **2.2.3 La stigmatisation de la psychose**

Le but de cette partie est d'évaluer les spécificités de la stigmatisation des patients atteints de troubles psychotiques, ce qui nous aidera à situer l'influence de l'abandon de la notion de psychose pour qualifier les troubles bipolaires de l'humeur. Nous ferons pour cela en préambule un bref rappel de l'histoire de la notion psychose jusqu'à nos jours.

#### **2.2.3.1 Retour rapide sur l'histoire de la notion de psychose**

Le terme psychose est employé pour la première fois en 1845 par un représentant viennois de l'école romantique, *von Feuchtersleben*. Il désigne les *manifestations de la maladie mentale*, alors que le terme de « névrose » désigne alors les altérations du système nerveux central (c'est au XXe siècle que Charcot et Freud renverseront le sens du terme névrose) [54]. C'est progressivement qu'il va désigner les affections mentales les plus graves,

celles où l'unité de l'identité et l'altération du rapport à la relation à la réalité sont perturbées (avec des idées délirantes) – laissant au terme névrose tout le domaine de celles qui sont plus légères et dont le patient garde conscience de leur caractère morbide, ce qui permet de traiter avec l'accord du sujet, alors que les premières nécessitent des traitements sans consentement [55].

Névrose et psychose seront ainsi caractérisées l'une par rapport à l'autre, selon des oppositions cliniques et psychopathologiques [56]. Pour Freud, la psychose est une *structure psychique* (opposée à la structure névrotique) où la libido est dite narcissique, auto-centrée [54]. Pour Gaëtan Gatian de Clérambault, le phénomène fondamental du délire – donc de la psychose – est l'*automatisme mental*. Il s'agit de productions spontanées, involontaires, d'idées, d'hallucinations, d'images et de sensations étrangères au sujet. Ces phénomènes suivent un certain ordre de succession dans leur apparition passant du registre purement psychique (constituant le stade du « Petit Automatisme ») au registre verbal puis aux sphères sensibles et motrices (tableau final du Grand Automatisme Mental). C'est une réaction du psychisme à une *lésion organique* [57] [58]. Jacques Lacan se servira lui de la linguistique structurale de Ferdinand de Saussure et de la distinction entre signifiant et signifié [59]. Pour ces auteurs importants de l'histoire de la psychiatrie française, la psychose est le paradigme de la folie.

Si le terme de névrose est de moins en moins utilisée dans les nosographies contemporaines (il n'est plus dans le DSM depuis la 3<sup>ème</sup> édition), dans un contexte de recul de l'influence de la psychanalyse, le terme psychose est lui toujours d'actualité [24] [60].

### 2.2.3.2 La psychose aujourd'hui

Un trouble psychotique désigne aujourd'hui un trouble – *transitoire ou permanent* – de la personnalité lié à une altération du « sens de la réalité et de soi » [60]. Peuvent survenir des symptômes dits positifs – comme le délire et les hallucinations –, négatifs – comme l'apathie, l'aboulie ou l'émoussements des affects – et cognitifs (attention, mémoire de travail) [61] [62]. Le délire, caractéristique de la psychose, est un trouble du contenu de la pensée, une idéation morbide comportant la conviction inébranlable d'un fait sans lien avec la réalité [63]. Cette idée est habituellement personnelle au sujet, et non partagée avec son environnement socioculturel. Ce n'est pas l'erreur qui fonde le délire mais les modalités de la

connaissance délirante, enracinées dans l'irrationnel. Les symptômes délirants se rencontrent le plus souvent dans la schizophrénie et les bouffées délirantes aiguës, les délires paranoïaques, les psychoses hallucinatoires chroniques, mais également dans certains tableaux de troubles de l'humeur [62]. La schizophrénie, psychose la plus fréquente et la plus sévère, représente une pathologie à l'origine d'une lourde charge médicale et socio-économique [62] [64].

### 2.2.3.3 Spécificités de la stigmatisation de la psychose

La stigmatisation des sujets atteints de troubles psychiques, et notamment de psychose, est très liée à la manière dont les médias rendent compte des faits divers violents impliquant des malades. Angermeyer et al. soulignent la forte tendance des médias à présenter les personnes souffrant de troubles schizophréniques comme dangereuses et imprévisibles [65]. Ils observent également une corrélation positive entre la consommation de médias (TV) et l'augmentation de la *distance sociale* envers les malades [66]. Dans les médias, le trouble psychique des auteurs de *faits divers violents*, s'il existe, est régulièrement mis au premier plan. Le malade est également trop souvent assimilé à sa pathologie, quelle que soit son histoire. La maladie mentale vient souvent expliquer la violence d'un geste, son caractère *imprévisible* et *incompréhensible*. De ce fait, la peur en vient à glisser de la maladie au malade lui-même. C'est dans ce contexte que l'Agence Régionale de Santé (ARS) du Nord-Pas-de-Calais, ainsi que des acteurs de cette région (professionnels de santé, représentant d'usagers en santé mentale) ont étudié l'utilisation des termes de psychiatrie dans les médias ainsi que leur caractère adapté ou au contraire détourné. En ce qui concerne les mots « psychose » et « psychotique », les résultats, présentés en annexe 3, montrent notamment qu'ils sont utilisés dans plus d'un tiers des cas (36 %) dans des faits divers violents, contre la moitié seulement pour désigner une maladie. Dans la très grande majorité des cas, « psychose » n'est plus en lien avec le champ sémantique de la médecine et adopte le sens de « peur infondée ». Des symptômes sont parfois mis en relief, en particulier les hallucinations. En outre, une association est clairement établie entre psychose et *cannabis* : les articles fondés sur le thème de la drogue désignent cette dernière comme étant un facteur déclenchant d'une psychose. Il résulte également qu'ils sont plus rarement utilisés que les mots « schizophrénie » et « schizophrène » [67].

Les travaux de recherche disponibles sur ce sujet concernent surtout la schizophrénie,

et non la psychose en soi. Parmi ces travaux, on peut citer l'étude INDIGO (pour International study of Discrimination and Stigma Outcomes), coordonné par le King's College of London, sur 29 sites dans 28 pays, avec le recrutement 732 patients souffrant de troubles schizophréniques. Les objectifs de cette étude sont multiples : développer et valider une échelle opérationnelle d'évaluation de la stigmatisation et de la discrimination, recueillir des données sur les expériences vécues de discrimination et enfin définir un profil des discriminations positive et négative au niveau international. L'échelle utilisée pour mesurer la stigmatisation est la DISC 10 (Discrimination and Stigma Scale, 10e version), questionnaire à remplir par avec l'aide d'un enquêteur, et qui donne une image précise de la stigmatisation à travers 36 items tels que : « Pour vous faire des amis ou les garder, avez-vous été traité(e) différemment des autres à cause du diagnostic de vos problèmes de santé mentale ? », « Avez-vous été injustement traité(e) pour trouver un emploi ? ». Les résultats français sont sans appels (ils sont présentés dans l'annexe 4), à l'image des résultats dans les autres pays évalués. La stigmatisation et la discrimination perçues sont plus fortes pour certains items de la DISC 10, ce qui suggère que certains domaines ou certaines situations soient plus fortement touchés ; et les auteurs décrivent un gradient allant de « désavantage » vers « aucune différence » : loisirs > scolarité > logement > santé > droits civiques. Les auteurs signalent notamment pour la France trois résultats. Près de la moitié (46 %, dont 25 % « beaucoup ») des interviewés ressentent « un sentiment de non-respect, d'humiliation et/ou d'injustice à cause de (leurs) contacts avec des équipes de santé mentale ». Les usagers parlent de stigmatisation par la population générale parce qu'ils sont en contact avec les équipes de santé mentale ; mais également de stigmatisation par ces mêmes équipes. En effet, le vécu d'évitement, d'exclusion par les personnes connaissant le diagnostic est extrêmement important (88 % ; 38 % le ressentent « beaucoup »). En lien avec ce sentiment d'exclusion, trois interviewés sur quatre (76 % ; 52 % pour qui il s'agit d'une nécessité « importante ») disent cacher leur diagnostic [33] [44] [68]. Le fait de cacher un diagnostic est, d'après Goffman, une des attitudes caractéristiques du stigmatisé [1].

D'autres travaux de recherche insistent sur le niveau particulièrement élevé de l'auto-stigmatisation et de ses conséquences dans les troubles psychotiques. L'étude GAMIAN (cf. aussi partie 3.4) évalue en Europe le niveau d'auto-stigmatisation, de discrimination, et son impact en termes de rétablissement chez les patients avec des diagnostics de schizophrénie, de psychose ou de trouble schizo-affectif dans 14 pays européens. Près de 42 % de l'ensemble des patients reportent des niveaux d'auto-stigmatisation modéré à élevé. La majorité des

participants ressentent l'attitude du public comme négative vis-à-vis des usagers en santé mentale (près de 70 % ressentent des niveaux de discrimination modéré à élevé). Les niveaux d'auto-stigmatisation et de discrimination ressentie sont statistiquement associés de manière significative [69]. Cliniquement, l'auto-stigmatisation est associée chez ces patients avec une plus grande sévérité symptomatique [70], en termes de symptôme positifs [50] [71], négatifs [71] [72] et dépressifs [50] [73] [74], et à une réduction du niveau d'insight [70] [72].

Robert Barrett, psychiatre et anthropologue australien, donne sa version de l'image contemporaine de la schizophrénie : « Pour les patients, la schizophrénie est une multitude d'expériences : déconcertantes, inhabituelles, souvent destructrices, mais aussi passionnantes et parfois tout à fait réelles. Il arrive même que certains patients ne définissent pas ces expériences comme une maladie. Les membres de la famille parlent de la schizophrénie comme d'une tragédie et dans le contexte plus récent de sortie des institutions, comme d'un poids épuisant et difficile à soutenir. Pour les cliniciens, c'est une maladie grave, difficile à traiter et au pronostic généralement peu favorable. Pour la recherche biomédicale, c'est un syndrome mal connu, ayant pour base un trouble du cerveau, qui présente des traits génétiques, cognitifs et neurophysiologiques. Pour l'antipsychiatrie, c'est un mythe – une invention de la psychiatrie et de ses hôpitaux en tant qu'agents de contrôle social. Pour le sens commun, c'est la folie. » [75]

A la suite des différents travaux de recherche sur le phénomène, plusieurs pays ont fait de la lutte contre la stigmatisation une priorité de santé publique ces dernières années. Nous présentons ici succinctement les différents types de programme, avant de revenir sur les différentes évaluations de leur efficacité. Enfin, nous verrons quels sont les paradoxes soulevés par la lutte contre la stigmatisation.

## **2.3 La lutte contre la stigmatisation**

### **2.3.1 Les différentes opérations de lutte contre la stigmatisation**

De nombreux programmes de *déstigmatisation* destinés au grand public ou plus ciblés ont été développés ces dernières années [76]. Elles visent à supprimer – ou au moins diminuer – les attitudes discriminatoires et à remettre en question les représentations sociales

stigmatisantes, à *éduquer* le grand public sur les troubles psychiques et/ou à mettre un visage sur ces troubles psychiques. Elles sont de différents types.

Les *campagnes de communication* en sont un premier type. Elles consistent en la communication d'informations précises sur la santé mentale via différents supports de communication (TV, presse, affichages, ...). Par exemple, on peut citer la campagne « Accepter les différences, ça vaut aussi pour les troubles psychiques », portée par le Centre Collaborateur OMS (CCOMS, Lille) et des associations d'usagers, mise en œuvre en 2006 et reconduite par la suite, visant à attirer l'attention du grand public sur les problèmes de santé mentale et à promouvoir un regard de tolérance vis-à-vis des personnes souffrant de troubles psychiques. Des campagnes focalisées sur une pathologie ont également été mises en place à l'étranger. On peut par exemple citer la série de campagne développées par le United Kingdom Royal College of Psychiatrists (Grande-Bretagne) entre 1998 et 2003, qui visait à diminuer les problèmes de stigmatisation et de discrimination en augmentant le niveau de connaissances des troubles psychiques chez les professionnels et le grand public. Plusieurs troubles psychiques avaient successivement été abordés : anxiété, dépression, schizophrénie, démence, addictions, troubles des comportements alimentaires [77].

Des *actions locales* ont également vu le jour ces dernières décennies. Le programme international anti-stigma « Open the doors », mis en place par l'Association de Psychiatrie Internationale, cible la schizophrénie [76]. Il a vu le jour en 1999 en Alberta (Canada) et implique aujourd'hui plus de 20 pays. Ce programme se décline sous plusieurs formes : interventions dans les écoles, formation de professionnels ou événements. Ces actions s'inscrivent dans le temps long mobilisent de nombreux partenaires (gouvernements, agences communautaires, services de santé, associations d'usagers et de familles, médias...) [76].

Bien d'autres formes ont été développées. On peut citer les interventions organisant des *rencontres* avec des sujets souffrant de troubles psychiques (« Contact based intervention ») [78], comme la Semaine d'Information sur la Santé Mentale (SISM) en France [79]. D'autres actions sont plus *individuelles* et ont pour cible l'autostigmatisation, sous forme de séances de thérapies cognitivo-comportementales (TCC) notamment [80]. Certains professionnels de santé travaillent également aux côtés des médias afin de faire évoluer leurs pratiques.

### 2.3.2 Les résultats des opérations de lutte contre la stigmatisation

Les études évaluant l'efficacité des programmes de lutte contre la stigmatisation ne sont pas nombreuses. Les quelques résultats disponibles sur les campagnes d'information destinées au grand public montrent *peu de changement* dans les opinions et comportements. Les actions destinées à la presse ont montré des résultats décevants, le nombre d'articles présentant une image négative de la maladie ne diminuant pas. Enfin, les actions locales ont une efficacité limitée dans le temps [77].

La pertinence de la présentation uniquement médicale des troubles psychiques est discutée. Read et al. montrent dans une revue de la littérature que la *présentation médicale* de la schizophrénie est associée à la dangerosité, l'imprévisibilité et la distance sociale [77] [81]. Pescosolido et al. a lui prouvé que l'intégration d'une conception médicale (neurobiologique) améliore l'acceptation des soins mais ne modifie pas la distance sociale et la perception du danger [82].

Malgré l'absence d'évaluation objective de l'impact de précédentes campagnes, les experts de la question ont formulé un certain nombre de recommandations. Ainsi, les campagnes généralistes sont peu conseillées ; il faut leur préférer des programmes centrés sur des groupes spécifiques. Aude Caria, psychologue spécialiste de la question, rappelle l'importance du *changement des pratiques* : « les représentations et les comportements vis-à-vis des personnes ayant des problèmes de santé mentale ne pourront évoluer que si les pratiques professionnelles, elles-mêmes, changent et si tout est fait pour affirmer la citoyenneté des personnes vivant avec des troubles psychiques. Communiquer, informer, n'a de sens qu'en coordination avec des actions concrètes pour favoriser l'insertion sociale des personnes (accès au logement, au travail, aux loisirs et à la culture) et promouvoir et protéger leurs droits fondamentaux » [77] [83]. Il faut donc insister sur le changement des pratiques, impliquer les usagers en santé mentale, et l'orientation des soins vers les stratégies de *rétablissement* et de *réhabilitation*, au plus près des populations afin de faciliter l'accès aux soins, la continuité des soins et afin de limiter l'isolement social. Les résultats auprès de petits groupe (école, monde du travail, etc.) sont également à favoriser [83] [84].

#### 2.3.3.1 Les limites des évaluations de la stigmatisation

L'évaluation « scientifique » de la stigmatisation des malades mentaux se heurte à un certain nombre de limites d'ordre méthodologique. En effet, il n'y a pas de consensus sur les définitions ; ainsi les termes de « stigmatisation » et de « discrimination » sont souvent utilisés de manière indistincte, sans définition opérationnelle. Les comportements concrets désignés par ces termes ne sont pas spécifiés. Ce phénomène multidimensionnel qu'est la stigmatisation gagnerait également à être stratifié et analysé comme tel. Les représentations sociales amenant la stigmatisation ne sont pas suffisamment distinguées des connaissances réelles des troubles psychiques. Les objectifs des actions de lutte contre la stigmatisation sont, en conséquence, divers et variés [77].

### 2.3.3.2 Quid des troubles psychiques ?

Une des principales faiblesses des évaluations de la stigmatisation est le biais induit par le trouble psychique lui-même. Le sentiment de discrimination ne peut-il pas être aussi une conséquence de croyances délirantes de persécution, caractéristique du délire paranoïde dans la schizophrénie ? Le sentiment d'isolement et d'exclusion vis-à-vis de ses proches ne peut-il pas être aussi une conséquence d'une humeur dépressive chronique, invalidante chez bon nombre de patients bipolaires ?

Certains auteurs posent également la question du lien entre les professionnels de la santé mentale et les programmes de déstigmatisation, et des motivations propres de ces professionnels [85] [86]. Ces relations sont complexes. Ces derniers ne seraient-ils pas avant tout à la recherche d'une amélioration de l'image de leur propre profession plus que par la qualité de vie de leurs usagers [86] ? L'engagement dans la lutte contre la stigmatisation ne pourrait-il pas aussi refléter leur frustration devant une incapacité à améliorer la qualité de vie de leurs usagers ? Ainsi certaines déclarations suscitent la polémique : « La stigmatisation associée à la maladie mentale est le plus grand obstacle à l'amélioration de la qualité de vie des personnes malades et de leur famille » [76]. Quid de la maladie elle-même ?

### 2.3.3.3 Lutte contre la stigmatisation et économie biopolitique : les paradoxes de la santé mentale

Notre réflexion nous amène à réfléchir en termes foucaaldiens aux conséquences du passage de psychiatrie à santé mentale, notamment en ce qui concerne la lutte contre la

stigmatisation. Michel Foucault définit le discours comme l'ensemble des significations contraignantes (au sens de normatives) qui circulent à travers les rapports sociaux. Il analyse le discours comme un *champ stratégique*, en modification permanent – ces modifications résultant d'affrontements, de prises de position d'une armée occupant les points clés d'un terrain [32] [87]. Ainsi, le pouvoir est d'abord le *pouvoir d'imposer des significations*, et notamment de *partager le monde entre raison et folie* [88]. La frontière bouge en permanence, et le pouvoir est toujours consubstantiel à la dernière frontière en date [32]. Ainsi, la folie matérialise la frontière qui sépare la raison de la non-raison. Cette frontière, infranchissable, s'impose comme un *agent d'organisation sociale* justifiant les *dispositifs de contrôle* sur les individus. Les fous sont jugés *déviant*s ; en ce sens ils relèvent de l'enfermement et de la relégation du reste de la société [32] [88]. La psychiatrie moderne contemporaine a rompu avec son passé, en l'accusant d'avoir ostracisé les fous. Aujourd'hui, elle lutte contre la peur du fou, elle réhabilite le fou aux yeux du grand public [89]. Marie-Joseph Bertini écrit qu'il s'agit d'une extension de la « fonction psy » – entendre le pouvoir de la psychiatrie d'imposer ses normes – à la société toute entière [32].

Les résistances auxquelles se heurtent les agents de la santé mentale dans leur combat pour l'intégration des fous sont à la hauteur de la fonction de la frontière de la folie. La folie continue d'être un *opérateur de socialisation*, permettant aux individus de se constituer – de se socialiser – contre elle. Face à ces résistances, les acteurs de la santé mentale continuent de lutter pour le repositionnement de la maladie mentale *parmi* les autres maladies, pour en extraire sa spécificité et rompre l'isolement [32]. C'est indéniablement son immense mérite.

C'est cette extension de la « fonction psy » que nous aimerions discuter. Ne comprend-elle pas le risque de recouvrir l'étendue des relations humaines, et d'en réduire les spécificités ? Pour Claude-Olivier Doron, qui s'exprime ici à propos du rapport parlementaire « De la psychiatrie à la santé mentale » (dit « Piel-Roelandt »), « on assiste ici à la reprise de tout un ensemble d'arguments propres à la critique antipsychiatrique ou désaliéniste – ségrégation des maladies mentales, stigmatisation, non-reconnaissance des droits malades et de leur parole, nécessité de l'inscription des sujets dans la communauté –, pour aboutir à un résultat assez proche de leur pire cauchemar - à savoir, *l'extension illimitée d'un dispositif de santé mentale* » [89] [90]. Ce dispositif est un *biopouvoir* dont l'espace de contrôle s'élargit [32]. Le biopouvoir, autre notion foucauldienne, est un type de pouvoir qui s'exerce sur la vie des corps et celle de la population. Selon Michel Foucault, il remplace peu à peu le pouvoir

monarchique de donner la mort. L'exercice de ce pouvoir constitue un mode gouvernement des hommes.

Cette *extension illimitée* de la *santé mentale*, qui en vient à définir dans les classifications récentes le trouble mental comme une altération de son rapport à l'autre, amène l'intégration d'un ensemble de comportements s'écartant de la norme sociale contemporaine. L'effet pervers de cette intégration est l'invitation à référer les conflits existants entre certains individus et la société à des dysfonctionnements individuels [89]. Ainsi, un employé étant incapable de réaliser un travail ou un élève d'avoir de bonnes notes sera atteint d'un trouble psychique et relèvera des soins – et la question des conditions de travail ou du niveau d'exigence scolaire ne sera pas posée. L'exemple des troubles psychiques en milieu carcéral pourrait également être cité. Marie-Joseph Bertini déclare à ce propos : « Repérer, détecter, soigner : ce sont autant de gestes politiques qui échappent au strict registre médical et *transforment les spécialistes de la santé mentale en auxiliaires précieux du biopouvoir* » [32]. Cette nouvelle disposition du pouvoir médical, au service du pouvoir politique, constitue ce que Foucault appelle un « dispositif de sécurité » [32] [87].

La « découverte » du phénomène de stigmatisation comme retardant la prise en charge des malades atteints de troubles psychiques s'inscrit dans cette nouvelle économie : la lutte contre la stigmatisation possède une *rentabilité économique* ; et c'est la première raison pour laquelle, selon Marie-Joseph Bertini, le biopouvoir se mobilise. C'est un des principaux corollaires de l'extension de la « fonction psy » vers le registre politique [32].

Dans cette nouvelle conformation, le pouvoir continue à assigner aux psychiatres la responsabilité des malades mentaux, mais dans un milieu *ouvert* [91]. D'où les inévitables retours de bâton médiatico-politiques lorsqu'un malade mental commet un crime. Pour Marie-Joseph Bertini, « l'exigence du pouvoir politique et médiatique exprime alors la même vengeance : identifier le psychiatre et son équipe qui n'ont pas su prévenir et anticiper le geste criminel » [32]. L'acte de violence renvoie le malade à la fatalité de sa folie. C'est le symptôme de l'ambivalence de l'intégration des fous dans la société, et du rôle structurant et socialisant de la stigmatisation. « De cette dimension tragique de la stigmatisation, nous pouvons dire ce que le dramaturge grec Sophocle disait d'Œdipe roi : elle accomplit cela même qu'elle voulait empêcher » [32].

Cette fonction structurante de la stigmatisation illustre la *fonction structurante du langage* pour Alain Jouffret, psychanalyste : « la parole, appareillée au langage, porte déjà en son sein la stigmatisation ». « Nous sommes "étrangers à nous-mêmes" [...]. Plutôt que de chercher à comprendre, à rationaliser un phénomène dont une part nous échappera nécessairement, ne vaudrait-il pas mieux se pencher sur ce qu'ils nous enseignent de notre propre différence, de notre propre singularité. A chacun son stigmaté ! » [92]. La lutte contre la stigmatisation trouve en effet son origine et ses outils – entre autres – dans le mouvement américain du *political correctness* (« politiquement correct »), dans les années 80, qui désigne une façon d'édulcorer le langage pour éviter de nommer les choses quand leur dénomination pourrait choquer (en particulier en matières d'ethnies, de cultures, de religions, de sexes, ...). Il contient l'idée que le réel est violent et qu'il faut l'adoucir – au risque de le nier, de contourner les problèmes, de nier les différences, et d'aseptiser le réel.

### **III De la psychose maniaco-dépressive au trouble bipolaire**

#### **3.1 Les conséquences médicales du passage de la notion de psychose maniaco-dépressive à celle de trouble bipolaire**

##### **3.1.1 De l'abandon du paradigme de la psychose pour qualifier les troubles de l'humeur**

Comme nous l'avons vu, la distinction entre TB et schizophrénie trouve ses origines dans l'œuvre d'Emil Kraepelin. Dans son traité, il individualise folie maniaco-dépressive et démence précoce, tout en soulignant les chevauchements des deux pathologies [14] [93]. Cette distinction n'a jamais été abandonnée par la suite.

Cependant, de nombreux travaux de recherche soulignent les points communs entre les deux pathologies, et d'aucuns parlent même de continuum [93] – sans pour autant remettre en question la distinction kraepelinienne.

Dans un article paru dans l'Encéphale en 2009, Pierre Thomas, professeur de psychiatrie, énumère les interpénétrations sémiologiques et syndromiques des deux pathologies. Leur prévalence est proche (de l'ordre de 1%) ; leur héritabilité également – elle

est même croisée entre les deux troubles. L'évolution est similaire : chroniques, avec rechutes, récidives, et rémissions partielles [94] [95]. Les risques de suicide, d'actes médico-légaux, de troubles anxieux et d'abus de substance sont dans les deux cas les principales complications en termes de fréquence. Enfin, on retrouve des symptômes psychotiques chez 50 à 80 % des bipolaires, dont 45% non congruents à l'humeur. Ces interpénétrations plaident en faveur de l'existence d'un continuum – continuum que l'on retrouve d'ailleurs au niveau des biomarqueurs (génétiques, cognitifs, neuro-anatomiques, ...) [93] [94] [96]. L'approche dimensionnelle (cf. paragraphe 3.1.2) est particulièrement intéressante pour étudier ces similitudes [94].

Le fait que de nombreuses molécules aient l'autorisation de mise sur la marché (AMM) à la fois dans la prise en charge du TB et de la schizophrénie plaide également pour des mécanismes physiopathologiques communs [97].

Enfin, l'existence dans les classifications contemporaines du *trouble schizo-affectif* plaide également en faveur de ce continuum. En effet, ce trouble est caractérisé par l'association entre symptômes schizophréniques et épisodes thymiques maniaques ou dépressifs. Son évolution est marquée par la récurrence d'épisodes schizomaniaques ou schizodépressifs. Son pronostic est intermédiaire entre TB et schizophrénie. Pour certains auteurs, le trouble schizo-affectif peut-être considéré comme une forme de passage entre les deux pathologies. Il est probable que certains facteurs de vulnérabilité soient communs au trouble schizo-affectif, à la schizophrénie et au TB [98] [99] [3].

Ce continuum sémiologique et la forte fréquence de symptômes psychotiques – en un mot ce qu'il y a de psychotique dans le TB – entre les deux maladies étaient marqués dans le terme *psychose* maniaco-dépressive. Ce terme correspondait à la volonté d'illustrer les *mécanismes psychopathologiques psychotiques* retrouvés chez les patients atteints de PMD. Le terme de TB ne recouvre absolument pas cette fonction, se contentant de parler des mouvements de l'humeur à la fois vers l'exaltation et vers la dépression, et négligeant ainsi d'évoquer et de représenter une des principales caractéristiques de cette notion. La perte de sens est manifeste. Cela nous renvoie aux effets pervers du mouvement de la *political correctness* importé Etats-Unis, c'est-à-dire à une certaine aseptisation du langage au risque d'une perte de sens ; ainsi qu'à cette maxime camusienne : « Mal nommer les choses, c'est ajouter au malheur du monde ».

### 3.1.2 De maladie à trouble, de catégoriel à dimensionnel

Le passage de la notion de « maladie », ici de « psychose », dans la PMD, à la notion de « trouble » dans le TB, rappelle le passage de l'approche catégorielle à dimensionnelle. En effet, la psychose est une catégorie en tant que telle, à laquelle correspond une psychopathologie particulière, définie comme une maladie syndromique, cliniquement caractérisée par des symptômes (délire, hallucinations, désorganisation, ...). Le terme de « trouble » correspond lui à une vision dimensionnelle, économique (dans le Larousse, il est défini comme la « *perturbation* dans l'accomplissement d'une fonction physique ou psychique »).

#### 3.1.2.1 Approches dimensionnelle et catégorielle : un bref rappel

L'approche catégorielle des troubles mentaux représente l'approche traditionnelle des classifications. Elle correspond à l'établissement de catégories précises correspondant chacune à un ensemble de propriétés clairement définies : à la question M. X est-il atteint de tel trouble mental, il s'agit de répondre par oui ou par non, selon la définition de ce trouble. Le *DSM III* (1980) utilise cette approche ; il cherche même à préciser le plus rigoureusement possible les catégories du savoir psychiatrique [24]. Rétrospectivement, cette rigueur représente l'apogée de l'approche catégorielle [100].

La pensée catégorielle est ensuite progressivement tombée en disgrâce. Elle favoriserait la stigmatisation des maladies mentales en figeant les diagnostics et les patients dans leur maladie. Elle escamoterait la complexité des résultats expérimentaux. Elle représenterait une comorbidité excessive (c'est-à-dire que les patients émargent plusieurs troubles) et un trop grand nombre de troubles dits « non spécifiques ». Pourtant, le passage du catégoriel au dimensionnel, loin de se résumer à ces opinions, apparaît être un enjeu philosophique crucial [100].

L'idée d'une « approche dimensionnelle » opposée à une « approche catégorielle » nous vient de Carl Hempel, dans les années 80. Elle provient de l'observation des patients situés à la limite (dits « *borderline cases* ») de différents troubles et ne correspondant pas à une maladie précise [100] [101]. De ces observations émerge l'idée d'ordonner

quantitativement différentes « dimensions » de la psyché et du comportement humains (exemples : degré d'impulsivité, degré d'expansivité, degré d'instabilité, ...) [100]. Cette approche dimensionnelle est censée répondre aux problèmes dits « transnosographiques », entendre par là les doutes sur la pertinence du découpage catégoriel avancés par un grand nombre de travaux de recherche qui soulignent les similitudes physiopathologiques des différentes maladies – et pas seulement pour schizophrénie et TB [100] [102]. Elle assouplit considérablement les étiquettes diagnostiques. La consécration de cette approche viendra avec la cinquième édition du DSM qui adopte pour la première fois une approche dimensionnelle [60].

### 3.1.2.2 Les enjeux du passage de l'un à l'autre

Pour Steeves Demazeux, philosophe des sciences, ce passage d'une approche à l'autre soulève différents types d'enjeux théoriques. Il souligne tout d'abord l'ambivalence quant aux postulats qui la sous-tendent : ne doit-on y voir qu'une stratégie méthodologique visant à élaborer des concepts quantitatifs plus subtils que les catégories ? ou est-ce un véritable postulat ontologique qui parie sur la nature continue des phénomènes étudiés – la psyché et le comportement en l'occurrence [100] ?

Steeves Demazeux parle également de « postulat de continuité » : il s'agit de la présupposition que les troubles mentaux correspondent à des extrêmes de continuums qui vont du normal au pathologique. Cela signifie qu'il n'y a pas de coupure nette entre normal et pathologique. Comment dès lors décider de ce qui est pathologique ou non, soit de ce qui est « cliniquement significatif » ? Le schéma utilisé pour définir l'ostéoporose, le diabète ou l'hypertension artérielle, qui veut que l'on définisse un seuil au nom des risques statistiques liés, est-il soluble dans la psychiatrie ? Et, si oui, au nom de quels risques ? Dès lors, on risque de tomber dans l'arbitraire.

### 3.1.2.3 Les conséquences en termes de santé mentale

A ce mouvement – catégoriel à dimensionnel – correspond aussi le passage contemporain de la notion de psychiatrie à celle de santé mentale. Dans ce nouveau paradigme, les anciennes catégories sont abandonnées, la *spécificité* de la maladie mentale est abandonnée. On pourrait déclarer caricaturalement, que tout le monde est malade et que plus

personne ne l'est [89]. A ce mouvement correspond également l'extension de la « fonction psy » décrite par Marie-Joseph Bertini (cf. paragraphe 2.3.3.3) [32].

Le passage de « maladie » à « trouble » possède d'importantes conséquences au niveau de la représentation du TB – tant du point de vue social qu'au niveau individuel (autostigmatisation). Le terme de « trouble » implique une perturbation de certains mécanismes, de certaines *dimensions* du fonctionnement psychique ; et non une *catégorie* différente, une nature qui soustrait le malade du reste du genre humain. Ce passage a donc une implication au niveau du rétablissement et des espoirs potentiels de guérison des individus atteints de troubles psychiques. Il ne *fige* plus dans la maladie. Il s'agit d'un changement de paradigme.

### **3.3 L'avis des usagers sur le changement de nom**

Dans le cadre de ce travail sur la stigmatisation des personnes souffrant de troubles de l'humeur, il nous a semblé important de demander à certains des premiers intéressés de nous raconter leur histoire psychiatrique, et plus précisément leur vécu en termes de stigmatisation, puis de les questionner sur le passage de PMD à TB – au niveau de leur vécu personnel et plus généralement. Après une rapide présentation des trois usagères qui se sont aimablement prêtées au jeu, nous verrons quelles ont été leurs réponses. Au-delà du sujet qui nous intéresse dans le cadre de ce mémoire, leurs parcours en santé mentale illustrent les changements de pratique et de mentalité. Ces parcours ne représentent qu'une source biaisée d'information, n'ayant notamment pas pu faire l'objet d'une évaluation standardisée et ne revendiquant aucune représentativité statistique étant donné le mode de « recrutement » et leur petit nombre.

#### **3.3.1 Présentation des usagers interrogés**

Nos trois participantes ont toutes les trois plus de 55 ans et ont connu les deux diagnostics. Deux d'entre elles appartiennent à des associations d'usagers en psychiatrie et ont été rencontrées par ce biais. La troisième a été rencontrée dans le cadre d'une consultation d'accueil sans rendez-vous d'addictologie.

##### **3.3.1.1 Mme B.**

Mme B. est entrée dans le TB à l'occasion de sa grossesse, en 1977. Elle connaît alors une « extase mystique » qui sera diagnostiquée comme psychose puerpérale. Cette forme de syndrome délirant pendant ou au décours de la grossesse est un mode d'entrée rare dans le TB [103]. Ce diagnostic lui est annoncé, sans plus d'explication à l'époque (si ce n'est l'étiologie inconnue de ce syndrome). En raison de la symptomatologie envahissante, l'accouchement est réalisé sous anesthésie générale, et une hospitalisation sans consentement à la demande d'un tiers (HDT) est décidée au décours immédiat de celui-ci. Après un mois d'hospitalisation et des traitements massivement sédatifs sans efficacité sur les productions délirantes, des séances d'électroconvulsivothérapie (ECT) sont pratiquées, sans consentement recueilli au préalable, sans même l'informer. Les séances d'ECT n'étant pas plus efficaces que les traitements pharmacologique et institutionnel, une sortie est demandée par la famille. A propos de cette hospitalisation, Mme B. a cette réflexion aujourd'hui : « Tout compte fait, le délire était plus agréable dans cet environnement hospitalier insupportable ». Les croyances délirantes s'amendent lentement après la sortie. S'ensuit un virage dépressif liés à des questions existentielles au sortir de la période délirante du post-partum, qui nécessitera une « cure de sommeil ». Aucun diagnostic ne lui a été annoncé (en dehors de la psychose puerpérale). Elle reprend son travail d'ingénieure biologiste au Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), qu'elle n'arrêtera jamais.

Par la suite, elle connaît des rechutes (espacées de longues périodes asymptomatiques) et qui ne durent pas longtemps, qu'elle décrit comme des épisodes psychotiques suivis de virages dépressifs. Les croyances délirantes sont congruentes à l'humeur exaltée. A chaque rechute, elle est hospitalisée, traitée par neuroleptiques, sans relais par un traitement de fond ni suivi psychiatrique ambulatoire au décours. Elle passe de nombreuses années sans connaître de diagnostic. Elle connaîtra 10 hospitalisations en tout.

En 1992, elle entreprend un suivi psychiatrique en ambulatoire, avec la volonté de ne plus retourner en hospitalisation. Un diagnostic de PMD lui est annoncé, et un traitement par carbamazépine (Tégrétol®), un régulateur de l'humeur, est entamé. Elle rechute malgré celui-ci. De cette expérience d'inefficacité pharmacologique, elle gardera la conviction que le diagnostic n'était pas approprié. Elle change de psychiatre, ne prend toujours pas de traitement de fond, et n'entend plus parler de diagnostic.

En 2009, après un changement de psychiatre, on lui fait un diagnostic de TB. Elle vit alors une période difficile et entreprend de renforcer son étayage social. Son psychiatre lui conseille de contacter une association de patients. Elle y trouvera un soutien important qui l'aidera à éviter les rechutes.

#### 3.3.1.2 Mme V.

Le premier épisode de trouble de l'humeur de Mme V. date de 1968, elle a alors 27 ans. Elle relate des symptômes psychotiques au premier plan, et également la programmation d'ECT en raison d'une évolution défavorable. A l'instar de Mme B., les ECT ne ni annoncés, ni expliqués. Elle les assimile alors à la chaise électrique. Au bout de deux mois d'hospitalisation, les croyances délirantes sont amendées, mais elle ressort avec une grande fatigue. Entre 1971 et 1996, elle connaît 5 épisodes maniaques, déclenchés par l'arrêt de son traitement de fond et/ou par des facteurs de stress. Entre les hospitalisations, on note des épisodes dépressifs réguliers, invalidants. Elle a un traitement de fond à petites doses. Elle « s'empêche » d'avoir des enfants car, en lisant la notice de ses traitements, elle apprend qu'ils sont tératogènes. Ces dernières années, elle signale deux rechutes (2008, 2013), dans des contextes de deuil. La quasi-totalité de ses hospitalisations se font sans son consentement. Au niveau professionnel, elle a connu beaucoup d'emplois différents mais n'a jamais été dans le besoin matériel.

Il n'y a pas eu non plus d'annonce diagnostique pour Mme V. En 2008, elle découvre en lisant un courrier de son médecin traitant à son psychiatre qu'elle est atteinte de PMD – elle dit qu'elle s'en doutait. Pour elle, son psychiatre a agi avec bienveillance, et n'a pas voulu « la choquer » en lui annonçant un diagnostic. Cependant, elle dit qu'une annonce responsabilise les patients, et les institue comme acteurs de soin.

Elle demande à suivre une psychothérapie à son psychiatre traitant en 2008. Il l'oriente alors vers une association de patients. Cette démarche l'a beaucoup aidée selon elle à diminuer le risque de rechute.

#### 3.3.1.3 Mme L.

Mme L. connaît un premier épisode maniaque à l'âge de 22 ans, alors qu'elle est en vacances à la montagne. Les symptômes délirants sont au premier plan. Elle est hospitalisée sans consentement pendant plus de 3 mois. Elle ressort asymptomatique, avec un traitement de fond. L'histoire de sa maladie est marquée par un fond dépressif chronique, avec une tendance aux alcoolisations massives, et quelques épisodes d'exaltation francs. Elle sera surtout prise en charge dans des cliniques privées, et en hôpital de jour.

L'annonce diagnostique de PMD lui a été faite à son deuxième épisode maniaque. Elle dit avoir connu une période de déni des troubles mais finit par y adhérer devant l'évolution des troubles (fond dépressif, épisodes maniaques). A la fin des années 90, elle apprend par un interne du service dans lequel elle est hospitalisée qu'on ne dit plus « PMD » mais « TB ».

Mme L. vit sur un héritage depuis ses 30 ans, elle n'a jamais eu à travailler pour vivre convenablement.

### **3.3.2 Les différents vécus de stigmatisation**

#### **3.3.2.1 Au niveau professionnel**

De ce point de vue, les vécus sont très différents. Mme B. dit ne jamais avoir vécu la stigmatisation au CNRS, dans lequel elle a fait toute sa carrière. Elle décrit le milieu de la recherche comme intellectuel, tolérant (« qui accepte la différence »). Elle n'a jamais annoncé de diagnostic de PMD, ne l'ayant jamais fait sien. En revanche, elle ne cache pas le fait d'avoir des troubles psychiques. Lorsque les premiers symptômes de décompensation apparaissaient, on lui confiait des tâches administratives plus répétitives qu'à l'accoutumée, ce qui lui convenait mieux. A propos de celles-ci, elle dit que ses collègues ont pu la « ressentir comme étrange, mais [qu']il n'y a jamais eu de rupture ».

Mme V. connaît une grande instabilité professionnelle durant sa carrière. Elle dit avoir toujours caché le fait de souffrir de troubles psychiques au niveau professionnel. Elle a connu deux décompensations au travail, qui ont été lourdes de conséquences, puisqu'elle décrit par la suite une « mise au placard », et notamment une éviction de toutes les tâches en relation directe avec la clientèle, ce qu'elle a vécu très difficilement : « à chaque fois, j'étais obligée de démissionner pour regagner ma dignité ». Il existe également chez Mme V. une auto-

inhibition, notamment au niveau professionnel. Pour résumer, on peut dire qu'il existe chez Mme V. des vécus de stigmatisation d'auto-stigmatisation et probablement des phénomènes de discrimination, même si elle n'a jamais connu de longues périodes de chômage (ses troubles ont pu empêcher une promotion et favoriser une instabilité).

Pour Mme L., étant donné son mode de vie (elle n'a jamais travaillé), elle n'a pas connu la stigmatisation au niveau professionnel.

### 3.3.2.2 Aux niveaux social et familial

Les vécus de nos trois usagères sont assez homogènes sur ce point : elle n'ont jamais eu à pâtir de phénomènes stigmatisants ou discriminants de la part de leur famille proche. On peut supposer de l'auto-inhibition dans ses relations sociales pour Mme V., qui déclare être très souvent restée chez ses parents pour ne pas se risquer dans des relations sociales incertaines par nature. Elle raconte en revanche que sa famille lui a toujours fait confiance, lui confiant notamment les enfants en bas-âge sans crainte. Mme L. a une vie sociale foisonnante, qu'elle qualifie de mondaine. Elle est appréciée pour son expansivité et ses facilités sociales. Dans tous les cas, les troubles psychiques n'étaient pas un sujet récurrent de discussion et elles n'étaient pas identifiées comme « malades », « imprévisibles » ou encore « folles ».

### 3.3.3 De « Psychose maniaco-dépressive » à « Trouble bipolaire »

Mme B n'a jamais accepté le diagnostic de PMD, en raison de l'histoire de sa maladie. Cela dit, elle dit avoir eu conscience – notamment après avoir lu les écrits de Jung – de correspondre à une structure psychotique, ce qui « ne [la] choquait absolument pas ». En revanche, elle accepte facilement le diagnostic de TB, dans lequel, après renseignements, elle se reconnaît parfaitement. D'un point de vue général, ce diagnostic lui semble « moins lourd à porter » que celui de PMD (« avec une PMD on a l'impression d'être attachée à un caillou et plongé dans l'eau »). Elle décrit même une sorte de dandysme contemporain du TB (« ce diagnostic est même devenu tendance ! »). Elle dit avoir un « problème avec le fait de coller des étiquettes dont on ne peut pas sortir ». Pour elle, le mot « trouble » est plus adéquat pour décrire sa maladie, car c'est « plus mouvant » et qu'« on peut d'emblée parler de rétablissement et de guérison » (« pour moi, on doit dire – en termes d'annonce diagnostique – : "pour le moment vous avez un trouble psychique, vous pouvez vous

rétablir" »). Enfin, à propos de la disparition du terme de « psychose », elle déclare : « le mot délire peut recouvrir le mot psychose ; or il n'est pas besoin de parler de psychose pour tout le monde, comme tout le monde n'est pas délirant. »

Pour Mme V., le passage d'une notion à une autre « ne change pas grand chose » : « le langage est un peu édulcoré, mais au fond la réalité reste la même ». Elle dit ne jamais avoir songé au diagnostic de TB pour se qualifier, et garder celui de PMD.

Pour Mme L., l'évocation du sujet est matière à indignation. En effet, elle déclare que ce changement de nom « a provoqué une épidémie de diagnostics de TB, pour des personnes qui n'ont jamais connu d'épisode d'exaltation ». Elle relie ce changement à une « mode d'une certaine élite », qui « refuse le réel, et préfère voir les nains comme des gens de petite taille et les aveugles comme des malvoyants ». Pour sa part, elle dit rester une « maniaco-dépressive, avec toute la souffrance que ça implique, en termes d'intensité des émotions comme de la douleur morale ». Pour elle, le passage d'une notion à une autre est une euphémisation, qui est une manière de nier l'intensité de sa souffrance.

### **3.4.1 Les représentations sociales contemporaines du trouble bipolaire**

#### 3.4.1.1 Revue de presse

Le TB fait depuis quelques années l'objet de multiples articles de la presse généraliste. Une grande partie de ces articles sont des articles de *vulgarisation* [104] [105] [106] [107] [108]. Ils informent sur les caractéristiques essentielles de la maladie (définition, prévalence, mode d'apparition, évolution, pronostic, ...). Selon l'étude de l'ARS Nord-Pas-de-Calais sur les articles de presse sur les troubles psychiques, 37 % des articles traitant du TB sont des articles de ce type (cf. annexe 5) [67]. Des *experts* y sont invités à décrire cette maladie succinctement. La pathologie est décrite dans la grande majorité des cas comme un *trouble de l'humeur* ; et il n'est quasiment jamais fait mention de symptômes psychotiques ou de troubles cognitifs. L'importance d'un diagnostic précoce est mise en avant. L'accent est mis sur les phases de neutralité thymique, les stratégies de réhabilitation et l'espoir de préserver une bonne insertion socioprofessionnelle – certains journalistes luttent explicitement contre la stigmatisation de ces troubles [106] (« La bipolarité, comme gage ultime de liberté? L'hypothèse est osée. Mais elle a au moins un mérite: celui de reconnaître aux bipolaires le

droit d'être ce qu'ils sont » [108]). Il n'est quasiment jamais fait état de « folie », ni même de « maladie mentale » ou d'autres termes stigmatisants. C'est également une occasion de parler des *associations de patients*, comme ARGOS 2001. La parole est donnée aux malades ou à leurs proches, qui décrivent leurs souffrances, la violence des hospitalisations [108]. De nombreux livres de personnes souffrant de ces troubles ou de leurs proches ont d'ailleurs été édités ces dernières années [109] [110]. Les articles parlent également de la physiopathologie du TB, insistant sur les facteurs génétiques ou sur les anomalies retrouvées en imagerie cérébrale [106] [107].

Certains articles font état de diagnostic rétrospectif de bipolarité chez des personnages illustres, souvent des héros – Napoléon Bonaparte, Winston Churchill, le général Patton [108]. Ainsi, le TB est souvent présenté sous un *jour positif* : performance, efficacité et hyperactivité au travail ou créativité. Cet état de fait est aussi lié à l'annonce par de nombreux artistes, notamment américains, de leur bipolarité – ce qui a conduit certains à parler de phénomènes « épidémiques » (Catherine Zeta-Jones, Jim Carrey, Sting, Britney Spears, ...) [108] [111]. Selon l'ARS Nord-Pas-de-Calais, 37 % des articles traitant du TB – autant que d'articles de fond – font le lien entre bipolarité et *créativité* (cf. annexe 5) [67].

Ces dernières années ont été l'occasion d'un véritable *engouement médiatique* pour cette maladie et qu'elle est le plus souvent présentée sous un jour positif. L'étude ethnographique d'Emily Martin nous aidera à saisir les tenants et les aboutissants de ce phénomène.

#### 3.4.1.2 Bipolarité et société contemporaine

« Voyage en terres bipolaires : Manie et dépression dans la culture américaine » est un livre d'Emily Martin, professeure américaine d'anthropologie, publié en France en 2007 (réédition 2013). Il s'agit d'une enquête *ethnographique* sur le TB qui explore le vécu quotidien des personnes en souffrant et la place de cette pathologie dans la *culture américaine contemporaine*. L'auteur s'appuie également sur sa propre expérience du TB [112]. Cette enquête a été menée aux Etats-Unis – mais certains de ses conclusions pourraient également concerner la France.

Pour l'auteur, la manière dont la manie est vécue et décrite aujourd'hui, non seulement par les malades mais aussi par la société entière, doit être comprise dans une réflexion globale sur *les transformations du capitalisme contemporain* et les nouvelles injonctions de ce modèle sur les individus [113]. L'exubérance, la consommation compulsive ou déraisonnable et la mobilisation forcenée de soi sont de profonds *facteurs de croissance* dans une économie capitaliste compétitive. Elle montre notamment comment s'est développée l'idée selon laquelle il y a quelque chose dans la manie de l'ordre d'une « force créative » et pas seulement d'un « trouble » ; et même que la manie est un état que l'on peut, dans certaines conditions, produire activement plutôt qu'un état qui domine l'individu – ce qui serait devenue une *ressource* pour le secteur économique, une façon de s'adapter au monde contemporain. Il ne s'agit plus de guérir mais au contraire d'être plus performant, grâce à quelques remèdes. La personnalité *flexible* et *exaltée* – à l'image de Steve Jobs – est devenue reine dans une époque la question de l'amélioration des capacités est omniprésente [112].

Une nouvelle classe de bipolarité a même été créée sur-mesure par des psychiatres américains : le TB de *classe Ib* (« b » pour « beneficial »). Elle serait marquée par une *réussite professionnelle* exceptionnelle, avec des épisodes d'hyperthymie et d'exaltation sans changement de fonctionnement non caractéristique de la personne en question. Le tempérament associé serait audacieux, aventurier, créatif, passionné. On note une aversion pour le sommeil, sans sentiment de fatigue. Les épisodes dépressifs sont inexistantes, ou alors légers et rapidement résolutifs [112] [114]. Il semble que cette nosographie réponde plus à un besoin économique qu'à la caractérisation de trouble psychique, et qu'elle participe à certains auto-diagnostics ou diagnostics erronés [6] [115] – ce qui est paradoxal quand les études parlent de 10 ans de retard diagnostique en moyenne chez les personnes souffrant réellement de ce trouble [116].

L'image de la maladie véhiculée par les groupes pharmaceutiques est ambivalente. L'objectif de ce marketing est de *personnaliser* la relation des patients avec leur traitement, afin de les *inciter à se soigner*. Pour cela, il faut à la fois présenter les risques de la maladie (suicide, complications socio-professionnelles, isolement, ...) sans donner une image trop négative de la maladie, afin de favoriser une adhésion au diagnostic et au traitement. Ainsi, prendre un traitement ne relève plus d'une décision autoritaire d'un psychiatre face à l'existence de tel trouble psychique, mais l'adhésion *rationnelle* d'un consommateur qui souhaite améliorer ses performances [112].

Il arrive de nos jours que certains diagnostics de bipolarité soient commodes pour ne pas traiter la demande du patient, c'est-à-dire pour ne pas se pencher sur sa situation sociale, familiale ou professionnelle et les conflits qui en découlent, et pour qualifier sa souffrance en termes de dysfonctionnement individuel (en l'occurrence thymique), de manière socialement acceptable. Cette situation nous rappelle l'extension de la santé mentale et ses avatars relevés par Claude-Olivier Doron [89].

#### 3.4.1.3 La schizophrénie : une situation opposée

A l'inverse, la médiatisation de la schizophrénie en offre une image nettement moins positive (cf. partie 2.2.3). Selon l'ARS du Nord Pas de Calais, 36 % des articles contenant les mots « psychose » et « psychotique » concernent des faits divers, contre 13 % pour la bipolarité (cf. annexes 3 et 5) [67]. Les études concernant les passages à l'acte violents dans chacune des populations suggèrent pourtant que leur fréquence est plus élevée chez les patients souffrant de TB [117]. La schizophrénie n'est elle jamais présentée sous un versant positif, et on insiste souvent au contraire sur l'aspect irrationnel des patients qui en souffrent [112]. Les handicaps causés par chacun des troubles semblent pourtant comparables dans les études [95].

### 3.4.2 Bipolarité et stigmatisation : revue de la littérature

Il n'y a pas, à notre connaissance, de travail de recherche disponible évaluant le phénomène de la stigmatisation chez les patients bipolaires en France. Nous nous contenterons donc d'une revue de la littérature anglo-saxonne à ce sujet.

Les travaux de recherche entrepris à ce sujet montrant que les attitudes envers les personnes souffrant de maladie mentale ainsi que les représentations sociales de ces maladies mentales *diffèrent selon les troubles considérés*, avec notamment une abondante littérature sur des comparaisons entre schizophrénie et dépression montrant des différences significatives [118]. Cependant, les phénomènes de stigmatisation ainsi que leurs conséquences, même s'ils sont différents que pour les autres troubles, sont *analogues* pour les patients atteints de trouble bipolaire [119] [120].

#### 3.4.2.1 Une évaluation quantitative de la stigmatisation des bipolaires

D'une manière générale, les évaluations de la stigmatisation des sujets atteints de troubles bipolaires sont moins nombreuses que celles concernant la schizophrénie ou la dépression [120].

Une des études majeures des phénomènes de stigmatisation chez les bipolaires est l'étude menée par le *GAMIAN-Europe* (Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks). Il s'agit d'une organisation de patients qui représentent les intérêts des personnes atteintes de troubles psychiques, et qui a pour objectif l'information, l'éducation, et la lutte contre la stigmatisation et les discriminations des malades mentaux [121]. Dans une étude multicentrique incluant des sites dans 20 pays en Europe, 1182 patients bipolaires ou dépressifs étaient évalués par correspondance grâce à des ONG. Plus d'un cinquième (21,7 %) rapportaient un niveau modéré à élevé d'*auto-stigmatisation* et près des trois quarts (71,6 %) rapportaient un niveau modéré à élevé de *discrimination* perçue [69]. Une étude réalisée en Turquie et publiée par Sarisoy et al. évalue également à 18,5 % la proportion de patients bipolaires touchée par le phénomène d'auto-stigmatisation [122].

Plusieurs études font état d'une plus grande sévérité des phénomènes de stigmatisation pour les patients avec des *symptômes psychotiques* ou un traitement par *antipsychotiques* [119] [123] [124].

Une revue de la littérature à propos de stigmatisation et TB publiée dans *Journal of Affective Disorders* en 2013 pointe *les biais importants* des études évaluant la stigmatisation du TB. Les populations étudiées sont peu nombreuses et non représentatives – notamment au niveau sociodémographique [120].

#### 3.4.2.2 Les conséquences des phénomènes de stigmatisation et de discrimination pour les bipolaires

Comme attendu, les phénomènes de stigmatisation et de discrimination sont associés avec une plus grande *sévérité symptomatique* et un moins bon pronostic. Ainsi, le niveau de fonctionnement social est négativement associé aux problèmes de stigmatisation [125]. La perception subjective de stigmatisation est associée à une moins bonne qualité de vie et une moindre estime de soi [126], une augmentation des *restrictions d'activités* sociales ou de

loisir [127], ainsi qu'une *symptomatologie dépressive* plus invalidante et une moins bonne observance thérapeutique [69] [119].

### 3.4.2.3 Les comparaisons avec la schizophrénie

Nell Ellison et al., dans leur revue de la littérature de *Journal of Affective Disorders*, parlent d'une *représentation sociale* du TB plus favorable que celui de la schizophrénie, tout en précisant que le niveau de preuve est faible. A propos de *l'autostigmatisation*, ils suggèrent également une spécificité des patients bipolaires, qui seraient moins perméables à ce phénomène que les sujets atteints d'autres maladies mentales, notamment la schizophrénie [120]. Cette hypothèse est confirmée dans l'étude turque de Sarisoy et al. qui compare l'auto-stigmatisation chez des patients bipolaires et schizophrènes : si 18,5% des patients atteints de TB sont touchés, ils sont 29,5% chez les patients atteints de schizophrénies, différence ( $p=0,07$ ) proche du seuil de significativité statistique. Les résultats montrent également qu'au sein de chaque groupe de patients touchés par l'auto-stigmatisation, les patients atteints de schizophrénie témoignaient d'un plus haut niveau d'auto-inhibition que ceux atteints de TB [122].

Ces données confirment celles concernant les représentations sociales de chacun des troubles, nettement favorables au TB. On a donc affaire à une situation clivée, entre deux troubles aux répercussions symptomatiques et fonctionnelles à la fois majeures et comparables, mais à l'image sociale très différente.

## **Discussion**

La stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques reste un des freins majeurs au rétablissement de ceux-ci, et un phénomène à combattre afin d'améliorer leur qualité de vie. La situation n'est toutefois pas homogène en fonction du trouble psychique considéré et les représentations sociales de chacun de ces troubles diffèrent et influencent cette stigmatisation. La schizophrénie et les psychoses semblent notamment être traitées différemment du TB, quand le niveau de handicap est lui plus comparable. Durant ce travail, l'influence dans cette situation de la dénomination de « TB » en lieu et place de « PMD » a été évaluée.

Ce travail présente de nombreuses limites méthodologiques, qui ont trait à la recherche concernant la stigmatisation elle-même comme au manque de ressource bibliographique scientifique traitant du thème spécifique du passage de PMD à TB. L'absence d'évaluation spécifiquement française (alors que ce changement de nom est une histoire française) en est une autre. D'autre part, l'évolution similaire de la représentation du TB dans le monde occidentale [112] montre que ce changement de nom n'a peut-être eu qu'une influence marginale dans l'évolution de la représentation du trouble de l'humeur ; mais qu'en revanche il en est peut-être une des *incarnations* (et en général du passage de psychiatrie à santé mentale). L'exemple de l'utilisation du terme de « maladie mentale », qui déjà après-guerre était une tentative de démystifier la folie, et la perception contemporaine de cette notion, comme nous le montre l'étude SMPG, peut également indiquer que, si le changement de dénomination peut avoir une influence, elle n'est peut-être que transitoire [32] [43] [45]. Par ailleurs, ce travail mériterait d'être poursuivi par l'étude de la représentation de la dépression dans le monde contemporain (et notamment par les travaux d'Alain Ehrenberg [128]).

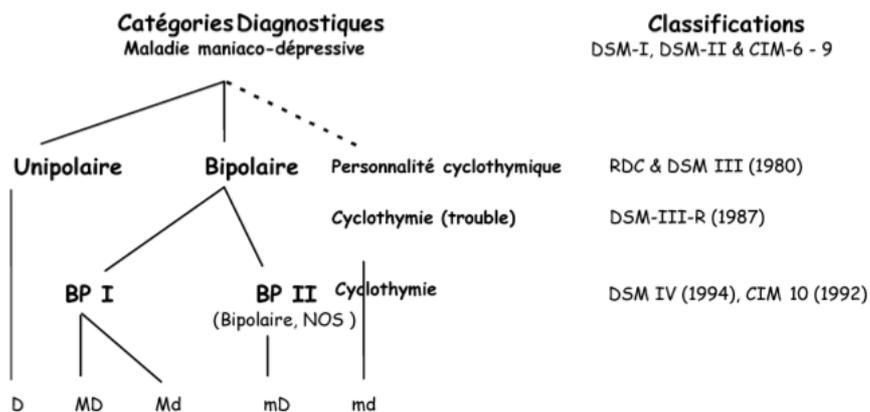
Toutefois, le changement de nom étant une opération peu coûteuse, contrairement aux mesures de lutte contre la stigmatisation coûteuses et peu efficaces [77], la réflexion sur la dénomination de la schizophrénie mérite d'être continuée – plusieurs chercheurs ayant déjà proposé un changement [129] [130], et le Japon ayant déjà franchi le pas – à l'heure de la révision de la CIM par l'OMS. D'autres explorations scientifiques et intellectuelles sont nécessaires et une réflexion pluridisciplinaire s'impose.

# Annexes

## Annexe 1

Schéma principaux critères diagnostiques des grandes classifications internationales des années 80 et 90.

d'après Bourgeois M-L. Aspects nosologiques des troubles bipolaires maniaco-dépressifs. Considérations critiques. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr 2009;167:803–9



D=Dépression

NOS=non spécifié

M=Manie

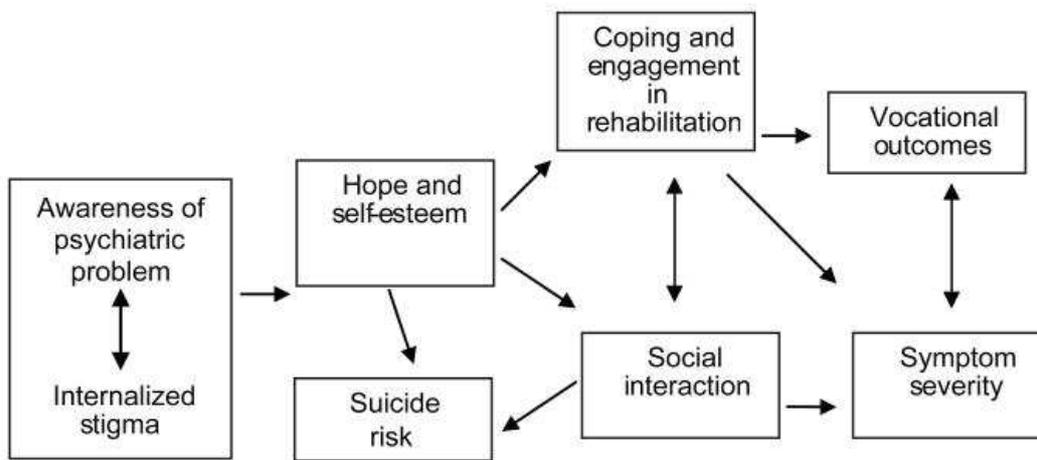
m=hypomanie

d=dysthymie

## Annexe 2

Modèle de l'impact de l'auto-stigmatisation sur le rétablissement et ses conséquences pour les personnes atteintes de troubles psychiques sévères.

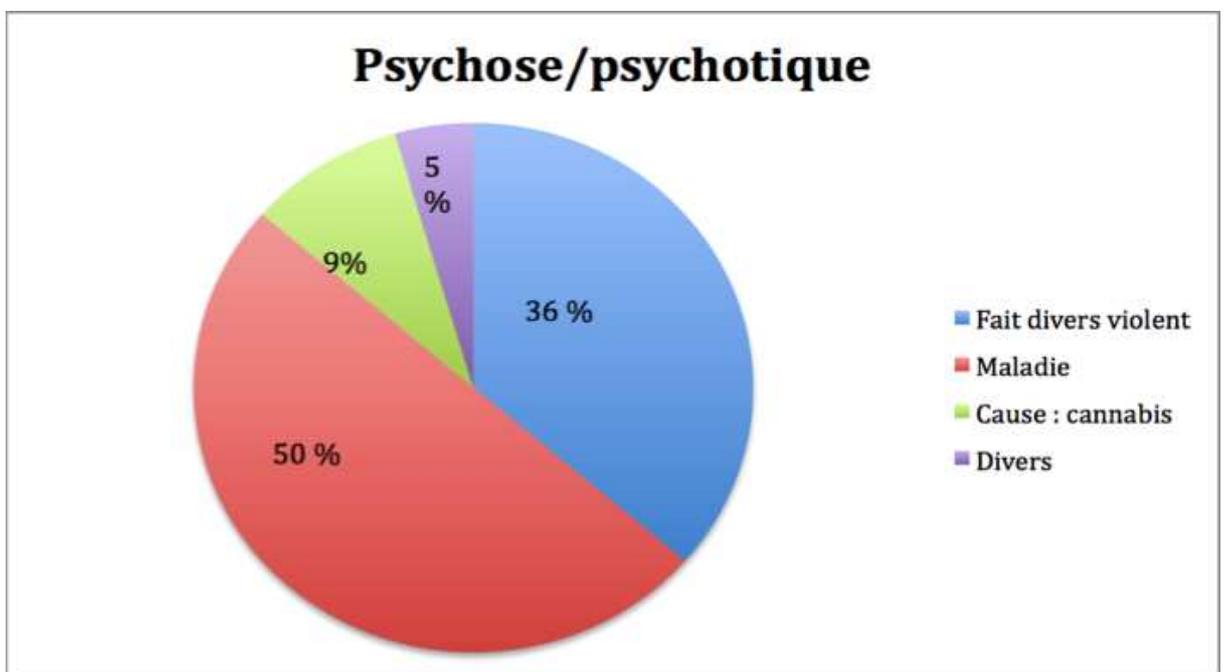
d'après Yanos PT, Roe D, Markus K, Lysaker PH. Pathways Between Internalized Stigma and Outcomes Related to Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders. Psychiatr Serv 2008;59:1437–42



### Annexe 3

Panorama des thèmes abordés lors de l'utilisation des mots « psychose et « psychotique » dans la presse généraliste

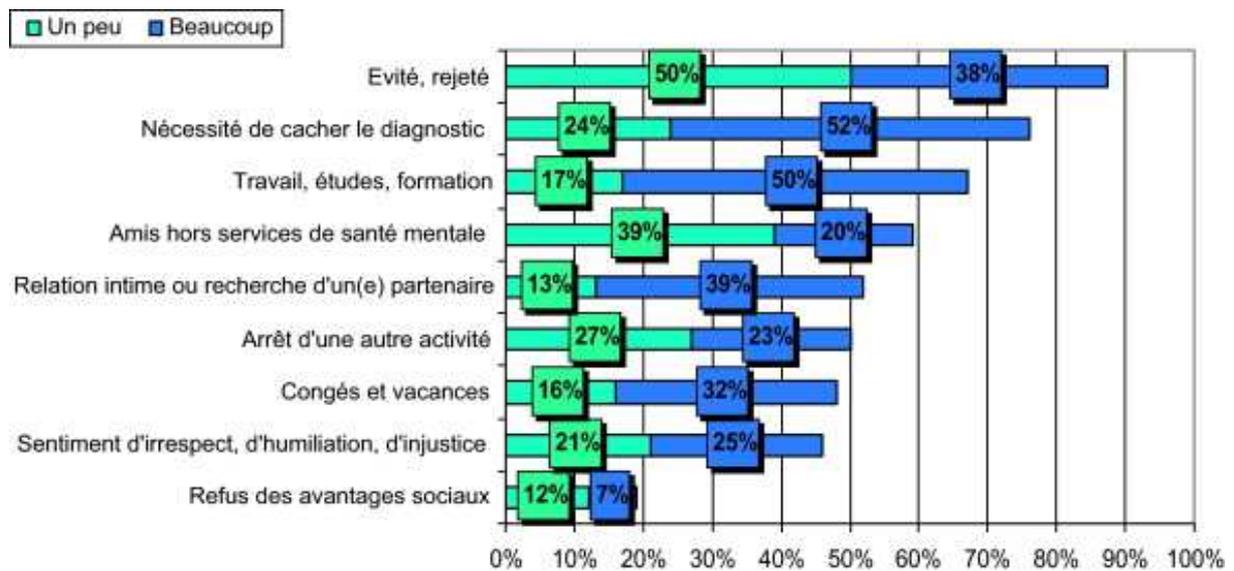
d'après ARS Nord Pas-de-Calais. Propos de journalistes & d'experts au sujet de 5 maladies mentales



### Annexe 4

Diagramme des types de discrimination vécue et anticipée du fait d'un diagnostic de schizophrénie

d'après Daumerie N, Vasseur Bacle S, Giordana J-Y, Bourdais Mannone C, Caria A, Roelandt J-L. La discrimination vécue par les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques. Premiers résultats français de l'étude INDIGO. L'Encéphale 2012;38:224-31

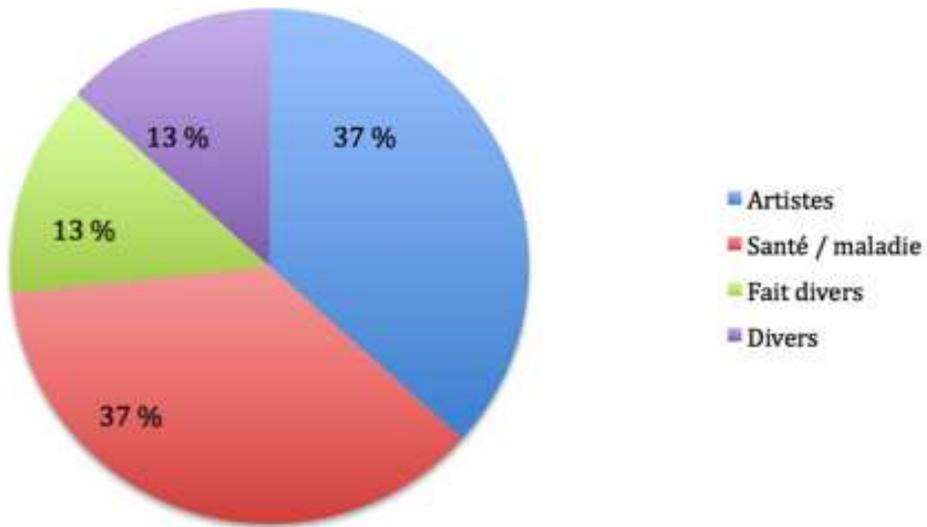


## Annexe 5

Panorama des thèmes abordés lors de l'utilisation de « trouble bipolaire » dans la presse généraliste

d'après ARS Nord Pas-de-Calais. Propos de journalistes & d'experts au sujet de 5 maladies mentales

## Bipolaire



## Bibliographie

- [1] Goffman E. Stigmate: les usages sociaux des handicaps. Paris: Editions de minuit; 1975.
- [2] Murray C, Lopez A. The global burden of disease. A comprehensive assessment of morbidity and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 1996 n.d.
- [3] Geoffroy PA, Bellivier F, Henry C. Traitement du trouble bipolaire en phase maniaque : synthèse critique des recommandations internationales. L'Encéphale n.d.
- [4] Johnson FR, Ozdemir S, Manjunath R, Hauber AB, Burch SP, Thompson TR. Factors that affect adherence to bipolar disorder treatments: a stated-preference approach. *Med Care* 2007;45:545–52.
- [5] Olié JP, Loo H, Poirier MF, Hardy P, Féline A, Akiskal H, et al. Psychoses maniaco-dépressives. *EMC - Psychiatr* 1990;1–0 [Article 37–220–A–10].
- [6] Bourgeois M-L. Aspects nosologiques des troubles bipolaires maniaco-dépressifs. Considérations critiques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* 2009;167:803–9.
- [7] Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. *J Affect Disord* 2001;67:3–19.
- [8] Pichot P. Tracing the origins of bipolar disorder: from Falret to DSM-IV and ICD-10. *J Affect Disord* 2006;96:145–8.
- [9] Falret JP Leçons cliniques de médecine mentale. 10e leçon. Suite de la marche des maladies mentales. J.B. Baillière, éd., Paris, 1854, pp. 225-263. n.d.
- [10] Falret JP, Mémoire sur la folie circulaire, forme de maladie mentale caractérisée par la reproduction successive et régulière de l'état maniaque, de l'état mélancolique, et d'un intervalle lucide plus or moins prolongé. *Bull. Acad. Natl. Med.* 1854 19, 382–415. n.d.
- [11] Baillarger J. Recherches sur les maladies mentales. Tome 1. - G. Masson, éd., Paris, 1890, pp. 143-157. n.d.
- [12] Falret J - Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. - Baillière et Fils, éd., Paris, 1890, pp. 584-610. n.d.
- [13] Haustgen T, Sinzelle J. Emil Kraepelin (1856–1926) - 4. L'héritage. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* 2011;169:606–11.
- [14] Haustgen T, Sinzelle J. Emil Kraepelin (1856–1926) – 2. Le Traité. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* 2010;168:716–9.
- [15] Kraepelin E. Introduction à la psychiatrie clinique. “ Trad. sur la 2e éd. allemande 1909 ”. - Vigot Frères, éd., Paris, 1907, 218 p. n.d.

- [16] Pichot P. The birth of the bipolar disorder. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr* 1995;10:1–10.
- [17] Ballet G, *Traité des pathologies mentales. Tome 1.* Doin, éd., Paris, 1903, pp. 567-576. n.d.
- [18] Deny G, Camus P. *La psychose maniaque dépressive*: les folies intermittentes / par G. Deny,... Paul Camus... J.-B. Baillière et fils (Paris); 1907.
- [19] Deny G. La cyclothymie. *Semaine Med* 1908;15:169–71. n.d.
- [20] Leonhard K. *Aufteilung der endogene Psychose.* Akademik Verlag, ed., Berlin, 1957 n.d.
- [21] Dunner DL, Fieve RR. Clinical factors in lithium carbonate prophylaxis failure. *Arch Gen Psychiatry* 1974;30:229–33.
- [22] Demazeux S. *Qu est-ce que le DSM*? Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie. Paris: Les Éditions d’Ithaque; 2013.
- [23] Ghaemi SN. Bipolar spectrum: a review of the concept and a vision for the future. *Psychiatry Investig* 2013;10:218–24.
- [24] Association AP. *DSM-III. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition).* Washington, DC: American Psychiatric Press Inc.; 1980.
- [25] OMS. *CIM-10*: classification internationale des maladies, dixième révision: chapitre 5 Troubles mentaux et troubles comportement: descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. 1993.
- [26] Kaladjian A, Azorin J-M, Adida M, Fakra E, Da Fonseca D, Pringuey D. Troubles affectifs: évolution des modèles nosographiques. *L’Encéphale* 2010;36, Supplement 6:S178–S182.
- [27] Akiskal HS. The bipolar spectrum: new concepts in classification and diagnosis. *Psychiatry Update Am Psychiatr Assoc Annu Rev* 1983;2:271–92.
- [28] Association AP. *Dsm IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* Édition : 4th Revised edition. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc.; 1994.
- [29] Giordana J-Y. *Qu’est-ce que la stigmatisation*? *Stigmatisation En Psychiatr. En Santé Ment.*, Issy-les-Moulineaux: Elsevier; 2010, p. 117–34.
- [30] Jodelet D. *Les représentations sociales.* Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2003.
- [31] Debray R. *Le feu sacré: fonctions du religieux.* Fayard; 2003.

- [32] Bertini M-J. Fragments d'une économie biopolitique de la lutte contre la stigmatisation. *Stigmatisation En Psychiatr. En Santé Ment.*, Issy-les-Moulineaux: Elsevier; 2010, p. 117–34.
- [33] Daumerie N, Vasseur Bacle S, Giordana J-Y, Bourdais Mannone C, Caria A, Roelandt J-L. La discrimination vécue par les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques. Premiers résultats français de l'étude INDIGO. *L'Encéphale* 2012;38:224–31.
- [34] Giordana J-Y. Les effets de la stigmatisation□: de la discrimination à l'exclusion. *Stigmatisation En Psychiatr. En Santé Ment.*, Issy-les-Moulineaux: Elsevier; 2010, p. 117–34.
- [35] Nations-Unies, Assemblée générale, commission du droit international, Examen d'ensemble du droit international en vue des travaux de codifications de ma commission du droit international. Mémoire du Secrétaire général, NY, Lake Success, 1949 n.d.
- [36] Sartorius N. Stigma and mental health. *Lancet* 2007;370:810–1.
- [37] Giordana J-Y. La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier; 2010.
- [38] Lovell, A.M., Velpry, L., Cook J., Violence envers les personnes atteintes de troubles psychiques□: revue de la littérature, évaluation des sources de données en France et préconisations, Rapport pour le ministère de la Santé et des Solidarités, INSERM, Mars 2007 n.d.
- [39] Falissard B, Loze J-Y, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry* 2006;6:33.
- [40] Thomas P, Adins-Avinée C. Psychiatrie en milieu carcéral. Elsevier Masson; 2012.
- [41] Velpry L. Violences, troubles psychiques et société. *Regards Sur Actual* 2009:22–35.
- [42] Phelan JC, Link BG. The growing belief that people with mental illnesses are violent: the role of the dangerousness criterion for civil commitment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33 Suppl 1:S7–12.
- [43] Caria A, Roelandt J-L, Bellamy V, Vandeborre A. «□Santé Mentale en Population Générale□: Images et Réalités (Smpg)□»□: Présentation de La méthodologie d'enquête. *L'Encéphale* 2010;36:1–6.
- [44] Giordana J-Y. Une nouvelle voie de recherche□: l'étude INDIGO. *Stigmatisation En Psychiatr. En Santé Ment.*, Issy-les-Moulineaux: Elsevier; 2010, p. 117–34.

- [45] Roelandt J-L, Caria A, Benradia I, Defromont L. Perceptions sociales du «fou», du «malade mental» et du «dépressif» en population générale en France. Stigmatisation En Psychiatr. En Santé Ment., Issy-les-Moulineaux: Elsevier; 2010, p. 117–34.
- [46] Giordana J-Y. Les conséquences de la stigmatisation sur les proches du malade et son environnement. Stigmatisation En Psychiatr. En Santé Ment., Issy-les-Moulineaux: Elsevier; 2010, p. 117–34.
- [47] Sartorius N. Fighting schizophrenia and its stigma. A new World Psychiatric Association educational programme. Br J Psychiatry J Ment Sci 1997;170:297.
- [48] Sartorius N, Schulze H. Reducing the stigma of mental illness: a report from a global association. Cambridge University Press; 2005.
- [49] Scheper-Hughes N. Saints, Scholars and Schizophrenics-.Mental Illness in Rural Ireland. University of California Press, Berkeley, 1979 n.d.
- [50] Yanos PT, Roe D, Markus K, Lysaker PH. Pathways Between Internalized Stigma and Outcomes Related to Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders. Psychiatr Serv 2008;59:1437–42.
- [51] The Report of the Surgeon General of the United States, december 13, 1999. Site: <http://mentalhealth.about.com/library/weekly/aa121499.htm> n.d.
- [52] Giordana J-Y. Introduction: un enjeu de santé publique. Stigmatisation En Psychiatr. En Santé Ment., Issy-les-Moulineaux: Elsevier; 2010, p. 117–34.
- [53] Wills TA. Social comparison in coping and help-seeking. New Dir Help 1983;2:109–41.
- [54] Garrabé J. La schizophrénie. Un siècle pour comprendre. Paris: Les Empêcheurs de penser en rond; 2003.
- [55] Corcos M, Jeammet P. Expression névrotique. États limites. Fonctionnement psychotique à l'adolescence. <Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatatraitespps37-22441> n.d.
- [56] Postel J. Entrée Psychose, in Dictionnaire de la Psychiatrie. Paris: Larousse; 2011.
- [57] De Fruyt F, De Clercq B, Miller JD, Rolland J-P, Lynam DR. Une approche des troubles de la personnalité par le modèle à cinq facteurs. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr 2008;166:411–7.
- [58] Fieve R, Cler C. Comment bien vivre avec des troubles bipolaires: Savoir soigner les bas pour tirer profit des hauts. Paris: Flammarion; 2011.

- [59] Vanier A. Une introduction à la psychanalyse. 2e édition. Paris: Armand Colin, Collection 128; 2010.
- [60] American Psychological Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Dsm-5. Washington: American Psychiatric Publishing; 2013.
- [61] Bourgeois ML. Qu'est-ce qu'il y a de psychotique dans la (les) psychose(s)? *Ann Méd-Psychol* n.d.;159:315–23.
- [62] Van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet* 2009;374:635–45.
- [63] Flémal S. Quelle définition du délire dans la psychose? Pour une approche fonctionnelle du processus délirant. *Ann Méd-Psychol* 2013; Sous presse. Epreuves corrigées par l'auteur.
- [64] McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev* 2008;30:67–76.
- [65] Angermeyer MC, Matschinger H. The effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill. *Soc Sci Med* 1982 1996;43:1721–8.
- [66] Angermeyer MC, Dietrich S, Pott D, Matschinger H. Media consumption and desire for social distance towards people with schizophrenia. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr* 2005;20:246–50.
- [67] ARS Nord Pas-de-Calais. Propos de journalistes & d'experts au sujet de 5 maladies mentales n.d.
- [68] Lasalvia A, Zoppei S, Van Bortel T, Bonetto C, Cristofalo D, Wahlbeck K, et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *Lancet* 2013;381:55–62.
- [69] Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G, GAMIAN-Europe Study Group. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophr Res* 2010;122:232–8.
- [70] Mak WWS, Wu CFM. Cognitive insight and causal attribution in the development of self-stigma among individuals with schizophrenia. *Psychiatr Serv Wash DC* 2006;57:1800–2.
- [71] Lysaker PH, Vohs JL, Tsai J. Negative symptoms and concordant impairments in attention in schizophrenia: associations with social functioning, hope, self-esteem and internalized stigma. *Schizophr Res* 2009;110:165–72.
- [72] Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and

- self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull* 2007;33:192–9.
- [73] Vauth R, Kleim B, Wirtz M, Corrigan PW. Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2007;150:71–80.
- [74] Ritsher JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Res* 2004;129:257–65.
- [75] Barrett RJ. *The Psychiatric Team and the Social Definition of Schizophrenia: An Anthropological Study of Person and Illness*. Cambridge University Press; 1996.
- [76] Kadri N, Sartorius N. The global fight against the stigma of schizophrenia. *PLoS Med* 2005;2:e136.
- [77] Lamboy B, Saïas T. Réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques par une campagne de communication ? Une synthèse de la littérature. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* 2013;171:77–82.
- [78] Corrigan P, Gelb B. Three programs that use mass approaches to challenge the stigma of mental illness. *Psychiatr Serv Wash DC* 2006;57:393–8.
- [79] sism – semaines santé mentale | du 10 au 23 mars 2014 n.d.
- [80] Heijnders M, Van Der Meij S. The fight against stigma: an overview of stigma-reduction strategies and interventions. *Psychol Health Med* 2006;11:353–63.
- [81] Read J, Haslam N, Sayce L, Davies E. Prejudice and schizophrenia: a review of the “mental illness is an illness like any other” approach. *Acta Psychiatr Scand* 2006;114:303–18.
- [82] Pescosolido BA, Martin JK, Long JS, Medina TR, Phelan JC, Link BG. “A disease like any other”? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *Am J Psychiatry* 2010;167:1321–30.
- [83] Caria A. Pourquoi et comment informer et communiquer sur la santé mentale? In: Commission Couty psychiatrie et santé mentale. Paris: Ministère de la Santé; 2008. n.d.
- [84] Conférence européenne «Promoting social inclusion and Combating Stigma for better Mentale Health and Well-Being», Lisbonne novembre 2010. [http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/events/ev\\_20101108\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/mental_health/events/ev_20101108_en.htm) n.d.
- [85] Pilgrim D, Rogers AE. Psychiatrists as social engineers: a study of an anti-stigma campaign. *Soc Sci Med* 1982 2005;61:2546–56.

- [86] Schulze B. Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl* 2007;19:137–55.
- [87] Foucault M. Sécurité, territoire, population: Cours au Collège de France. Seuil; n.d.
- [88] Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris: Gallimard; 1976.
- [89] Doron C-O. La maladie mentale en question. *Cah Cent Georges Canguilhem* 2008;2:9–9.
- [90] Piel E, Roelandt JL, De la psychiatrie à la santé mentale, rapport parlementaire remis en mars 2001 n.d.
- [91] Doron C-O. Ce que «soin» veut dire. *J Fr Psychiatr* 2013;38:19–21.
- [92] Jouffret A. A chacun son stigmat. *Stigmatisation En Psychiatr. En Santé Ment., Issy-les-Moulineaux: Elsevier; 2010, p. 117–34.*
- [93] Bellivier F, Geoffroy PA, Scott J, Schurhoff F, Leboyer M, Etain B. Biomarkers of bipolar disorder: specific or shared with schizophrenia? *Front Biosci Elite Ed* 2013;5:845–63.
- [94] Thomas P. Schizophrénie et troubles bipolaires: les dimensions cliniques. *L'Encéphale* 2009;35, Supplement 5:S142–S145.
- [95] Bowie CR, Depp C, McGrath JA, Wolyniec P, Mausbach BT, Thornquist MH, et al. Prediction of real-world functional disability in chronic mental disorders: a comparison of schizophrenia and bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2010;167:1116–24.
- [96] Vidailhet P. Psychose, troubles bipolaires et cognition. *L'Encéphale* 2009;35, Supplement 5:S164–S167.
- [97] Lévy-Rueff M, Gourion D. Traitement du trouble bipolaire. *EMC - Psychiatr* 2009;6:1–16.
- [98] N. Franck, C. Demily. Trouble schizoaffectif. *EMC - Psychiatrie* 2014;11(2):1-9 [Article 37-282-A-25] n.d.
- [99] Vacheron-Trystram M-N, Braitman A, Cheref S, Auffray L. Antipsychotiques et troubles bipolaires. *L'Encéphale* 2004;30:417–24.
- [100] Demazeux S. Les catégories psychiatriques sont-elles dépassées? *PSN* 2008;6:17–25.
- [101] Hempel C, «Fundamentals of taxonomy», in Hempel, *Aspects of scientific explanation and other essays in the philosophy of science*, New York, The Free Press, 1965. n.d.

- [102] Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. *Lancet* 2013;381:1371–9.
- [103] Tebeka S, Pignon B, Le Strat Y, De Pradier M, Dubertret C. Dépression du post-partum. *Lett Gynécologue* n.d.:30–3.
- [104] Jeanblanc A. Dépister la maladie pour réguler l’humeur. *Le Point* 2004.
- [105] Jeanblanc A. Troubles bipolaires□: rumeurs et réalités. *Le Point* 2010.
- [106] Kerchouche D. Pourquoi la bipolarité nous trouble□? Entretien croisé entre Delphine de Vigan et Franck Bellivier. *Madame Figaro* 2014.
- [107] Perez M. Troubles bipolaires□: mieux comprendre et mieux traiter 2012.
- [108] Dossier spécial□: Le trouble bipolaire une maladie répandue et énigmatique. *L’Express* 2014.
- [109] Vigan D. Rien ne s’oppose à la nuit. Édition : Livre de poche. *Le Livre de Poche*; 2013.
- [110] Garouste G. *L’Intranquille*. Paris: *Le Livre de Poche*; 2011.
- [111] Catherine Zeta-Jones en traitement pour des troubles maniaco-dépressifs. *Lepoint.fr* n.d.
- [112] Martin E. Voyage en terres bipolaires□: Manie et dépression dans la culture américaine. Paris: *Rue d’Ulm*; 2013.
- [113] Lambelet A. MARTIN Emily, 2013. Voyage en terres bipolaires. Manie et dépression dans la culture américaine. *ethnographiques.org* 2013.
- [114] Fieve RR. *Bipolar II: Enhance Your Highs, Boost Your Creativity, and Escape the Cycles of Recurrent Depression--The Essential Guide to Recognize and Treat the Mood Swings of This Increasingly Common Disorder*. 1 edition. New York: *Rodale Books*; 2006.
- [115] Chan D, Sireling L. “I want to be bipolar”... a new phenomenon. *The Psychiatrist* 2010;34:103–5.
- [116] Tondo L, Visioli C, Preti A, Baldessarini RJ. Bipolar disorders following initial depression: Modeling predictive clinical factors. *J Affect Disord* 2014;167:44–9.
- [117] Volavka J. Violence in schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatr Danub* 2013;25:24–33.
- [118] Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113:163–79.

- [119] Hawke LD, Parikh SV, Michalak EE. Stigma and bipolar disorder: a review of the literature. *J Affect Disord* 2013;150:181–91.
- [120] Ellison N, Mason O, Scior K. Bipolar disorder and stigma: a systematic review of the literature. *J Affect Disord* 2013;151:805–20.
- [121] GAMIAN-Europe. 2007. <http://www.gamian.eu/>. n.d.
- [122] Sarısoy G, Kaçar ÖF, Pazvantoğlu O, Korkmaz IZ, Öztürk A, Akkaya D, et al. Internalized stigma and intimate relations in bipolar and schizophrenic patients: a comparative study. *Compr Psychiatry* 2013;54:665–72.
- [123] Versiani M, Cheniaux E, Landeira-Fernandez J. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in the treatment of bipolar disorder: a systematic review. *J ECT* 2011;27:153–64.
- [124] Sajatovic M, Jenkins JH. Is antipsychotic medication stigmatizing for people with mental illness? *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl* 2007;19:107–12.
- [125] Elgie R, Morselli PL. Social functioning in bipolar patients: the perception and perspective of patients, relatives and advocacy organizations - a review. *Bipolar Disord* 2007;9:144–57.
- [126] Hayward P, Wong G, Bright JA, Lam D. Stigma and self-esteem in manic depression: an exploratory study. *J Affect Disord* 2002;69:61–7.
- [127] Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF, Sirey JA, Salah J, Struening EL, et al. Stigma as a barrier to recovery: Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatr Serv Wash DC* 2001;52:1627–32.
- [128] Ehrenberg A. *La Fatigue d'être soi. Dépression et société*. Paris: Odile Jacob; 2000.
- [129] Van Os J. Are psychiatric diagnoses of psychosis scientific and useful? The case of schizophrenia. *J Ment Health Abingdon Engl* 2010;19:305–17.
- [130] Kingdon D, Vincent S, Vincent S, Kinoshita Y, Turkington D. Destigmatising schizophrenia: does changing terminology reduce negative attitudes? *Psychiatr Bull* 2008;32:419–22.