

**Faculté de psychologie et des sciences  
de l'éducation**

**Etude des facteurs qui influencent la  
formation d'attitudes face à une  
personne présentant un trouble  
bipolaire**

Auteur : Sarah Louis  
Promoteur : Emmanuelle Zech  
Lecteur : Jean-Marc Priels  
Année académique 2019-2020  
Master en sciences psychologiques à orientation spécialisée



Université Catholique de Louvain  
Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation

Etude des facteurs qui influencent la  
formation d'attitudes face à une  
personne présentant un trouble  
bipolaire

Promotrice : Emmanuelle Zech

Lecteur : Jean-Marc Priels

Année académique 2019-2020

Mémoire présenté en vue de l'obtention  
du grade de master en sciences  
psychologique à orientation spécialisée

Par Sarah Louis



## Remerciements

Je remercie premièrement ma promotrice, Emmanuelle Zech, pour ses judicieux conseils et pour le temps qu'elle a bien voulu m'accorder pendant cette période particulière de crise sanitaire. Son expertise et sa précision m'ont motivée à donner le meilleur de moi-même pour réaliser ce travail.

Je joins également à mes remerciements tout l'équipe du « Funambule » (groupe de parole pour personnes vivant avec un trouble bipolaire). J'ai apprécié leur dévouement et leur accueil aussi naturel que chaleureux. Ils m'ont permis de mieux comprendre le trouble bipolaire et leur aide a été précieuse pour la diffusion de mon enquête au sein de leur réseau.

Je remercie particulièrement Jean-Marc Priels pour m'avoir suivie et épaulée durant toute l'écriture de ce travail. Son soutien inconditionnel et son écoute empathique ont été d'une grande aide durant mes périodes de doute.

J'en profite également pour remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à mon enquête, pour l'avoir diffusée ou pour l'avoir complétée. Je suis consciente de la charge émotionnelle que celle-ci pouvait représenter et je suis reconnaissante aux personnes qui ont pris le temps de la compléter avec honnêteté et congruence.

Enfin, je souhaite remercier ma famille et mes proches pour m'avoir soutenue et supportée durant toute cette longue période de confinement et de télétravail. Merci d'avoir toujours voulu croire en moi et de m'avoir encouragée durant tout mon cursus universitaire.



« Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain ».





## Table des matières

Remerciements .....	e
Introduction théorique .....	1
1.1. Définitions .....	2
1.2. Stigmatisation publique .....	3
1.3. Stigmatisation perçue .....	6
1.4. Auto-stigmatisation et bipolarité .....	7
1.5. Hypothèses .....	10
2. Méthode.....	13
2.1. Hypothèses opérationnelles .....	13
2.2. Participants .....	14
2.3. Procédure .....	16
3. Discussion .....	19
3.1. Résumé intégratif des résultats.....	19
3.1.1. Hypothèse 1 : différence entre l'endogroupe et l'exogroupe.....	19
3.1.2. Hypothèse 2 : influence de la variable « vignette reçue ».....	22
3.1.3. Hypothèse 3 : influence du niveau d'auto-stigmatisation des personnes vivant avec un trouble bipolaire sur les attitudes stigmatisantes à l'égard d'une personne présentant le même trouble.....	23
3.2. Limites de l'étude .....	24
3.3. Ouvertures et orientations vers d'autres recherches.....	26
5. Conclusion .....	29
1. Bibliographie.....	31
2. Annexe : questionnaire Qualtrics .....	I

## Introduction théorique

La bipolarité est un trouble qui fait actuellement beaucoup parler de lui (Chan & Sireling, 2010). Outre le domaine médical, ce terme tend à s'imposer de plus en plus dans les médias et dans le langage commun. L'adjectif « lunatique » est désormais souvent confondu à tort avec celui de « bipolaire » et certaines appellations en lien avec la maladie font actuellement partie de notre quotidien telles que « la manie », terme aujourd'hui utilisé pour connoter des valeurs de dynamisme et de performance (Formentin, 2014). Souvent confondu avec une bipolarité d'affects, le trouble bipolaire est caractérisé par une alternance de phases maniaques ou hypomanes et de phases dépressives qui s'apparente davantage à une bipolarité de l'humeur. Cette pathologie est passée par différentes nosologies allant de « la folie circulaire » ou « la folie à double forme » avant d'aboutir au concept actuel du « spectre bipolaire » (Ernoul et al., 2014).

Il englobe désormais un ensemble de comportements hétérogènes qui peuvent être schématisés sur deux axes. Le premier prend en compte une nosologie proche de l'appellation de son prédécesseur, « le trouble maniaco-dépressif » caractérisé par des phases maniaques et dépressives. Le second fait référence aux formes du spectre élargi comprenant des phases hypomanes et dépressives, (Ernoul et al., 2014). A ces deux axes principaux ont également été ajoutés les « troubles cyclothymiques » (cycles rapides de bipolarité), les « troubles bipolaires induits par une substance ou un médicament », « les troubles bipolaires dus à une affection médicale » ainsi que les « autres troubles bipolaires » qui n'entrent dans aucune catégorie (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5 / American Psychiatric Association, 2013*).

C'est en 1980 que le trouble a fait son apparition dans le DSM. Il représente un des motifs de consultations les plus fréquents puisque la bipolarité touche aujourd'hui trois pourcents de la population, voire davantage si l'on se réfère à l'ensemble du spectre des troubles bipolaires (Gay & Colombani, 2013). Ainsi ce diagnostic pose question. Alors que pour certains l'élargissement des critères permettrait de se rapprocher de la réalité clinique et représenterait une opportunité pour mieux prendre en charge cette pathologie, d'autres considèrent ce diagnostic comme « trop hétérogène pour être opérant » (Ernoul et al., 2014, p.599) et craignent une tendance à la sur-labellisation qui poserait la question des frontières entre le normal et le pathologique.

L'objectif de ce mémoire est avant tout de s'inscrire dans cette dialectique et d'investiguer les représentations sociales de cette psychopathologie, aussi bien au niveau intra-individuel qu'au niveau inter-individuel. Alors que beaucoup d'études se sont intéressées aux facteurs d'influence de représentations sociales et aux attitudes à l'égard de personnes présentant une psychopathologie, très peu se sont focalisées sur la bipolarité. Aucune d'entre elles n'a cherché à tester les attitudes au sein d'un endogroupe et le rôle que joue le psychodiagnostic ainsi que le niveau d'auto-stigmatisation dans cette évaluation.

### 1.1. Définitions

Plus qu'une étiquette posée sur un individu, le psychodiagnostic est une identité, un attribut que l'on confère à quelqu'un. Initialement utilisé pour simplifier les interactions entre cliniciens et ajuster la prise en charge du patient, chaque psychodiagnostic posé porte également son lot de préjugés et de stéréotypes (Link, 1987). D'une part la personne diagnostiquée doit apprendre à vivre avec ses propres symptômes et d'autre part, elle doit faire face à la stigmatisation en lien avec sa pathologie.

La stigmatisation est définie comme un terme sociétal qui s'applique aux personnes considérées comme défavorisées dans une société donnée et représente un certain type de « relation entre l'attribut donné à une personne et les stéréotypes en lien avec cet attribut » (Goffman & Kihm, 1975, p11). Elle résulte d'une interaction inter-groupe basée sur des intentions non observables appelées « attitudes » (Hovland, MacGuire, & Rosenberg, 1966). Chaque attitude peut se traduire en termes d'évaluations cognitives et émotionnelles et aboutir sur des réactions comportementales.

La composante cognitive est appelée « stéréotype » et est définie comme « l'application de nos propres attentes cognitives et des associations que nous avons tendance à faire concernant le groupe d'inclusion d'un individu » (Fiske, Leyens & Provost, 2008, p.490). Ces associations donnent lieu à des réactions émotionnelles sur base du sentiment éprouvé à l'égard de l'ensemble du groupe auquel la personne évaluée appartient (Fiske, Leyens & Provost, 2008). Enfin, la discrimination a une dimension plus comportementale car « elle incite à agir dans la lignée des stéréotypes et des préjugés en niant l'égalité des traitements à laquelle les personnes devraient en tout état de cause avoir droit » (Leyens & Provost, 2008, p.490)

Fiske (2007) explique la formation de ces attitudes par un principe évolutif. En effet, il est dans l'intérêt de l'animal social de déterminer rapidement avec qui il est bon ou néfaste de créer un lien. Elle fonde cette théorie selon deux dimensions universelles de la cognition sociale : la chaleur et la compétence. Favorisant la survie, ces dimensions apportent des réponses structurelles, sociales et fondamentales sur la concurrence et le statut. Les personnes perçues comme chaleureuses et compétentes suscitent des émotions et des comportements uniformément positifs, tandis que celles perçues comme manquant de chaleur et de compétence suscitent des réactions uniformément négatives.

## 1.2. Stigmatisation publique

Ainsi, il est dans la nature humaine de créer des groupements à partir de traits qui sont soit valorisés, soit dévalorisés selon l'époque ou le lieu. De nombreuses études ont mis en évidence que le psychodiagnostic fait partie de ces étiquettes inhérentes à la personne et connotées socialement (e.g., Link, Phelan, Bresnahan, Stueve & Pescosolido, 1999 ; Proudloof et al., 2009). Toutefois, ces représentations sociales ne sont pas uniformes et varient en fonction du diagnostic. Alors que beaucoup d'études se sont focalisées sur les attitudes envers des pathologies dites plus « lourdes » telles que la dépression chronique ou la schizophrénie, seules deux d'entre elles ont cherché à comprendre les différentes attitudes à l'égard de la bipolarité en les comparant avec d'autres pathologies.

Premièrement, une étude québécoise a souhaité mettre en parallèle les attitudes face à une personne présentant un trouble bipolaire et celles à l'égard d'une personne schizophrène (Stip, Caron & Mancini-Marie, 2006). Un millier d'interviews ont été menées par téléphone au sein d'une population d'adultes à qui des questions portant sur la perception de l'étiologie, du comportement, de l'attitude, des stigmates et des médicaments relatifs aux deux troubles ont été posées. En comparaison avec le trouble bipolaire, la schizophrénie était perçue comme une maladie mentale plus grave, moins tolérée et plus stigmatisée.

Deuxièmement, Day et ses collègues (2007) ont cherché à mesurer la stigmatisation au sein de différents troubles mentaux tels que la dépression, le trouble bipolaire et la schizophrénie sur un échantillon de 364 personnes à l'aide de l'échelle *Day's Mental Illness Stigma Scale* mesurant 7 facteurs dans la formation d'attitudes : l'anxiété interpersonnelle, la perturbation des relations, la mauvaise hygiène, la visibilité du trouble, la possibilité de traitements, l'efficacité professionnelle et le rétablissement de la personne. Les résultats ont révélé que les stéréotypes envers les personnes bipolaires

étaient généralement plus positifs que ceux associés aux autres troubles. En comparaison avec la schizophrénie, la bipolarité évoquait moins d'anxiété, moins de panique et plus de désir d'aide. Au vu des résultats de ces deux études, en quoi la bipolarité se différencie-t-elle des autres troubles ? Quels facteurs jouent dans les représentations sociales que nous avons des pathologies ?

Premièrement, la connaissance du trouble joue un rôle considérable dans la stigmatisation de la maladie mentale. Les médias sont vecteurs de changements et exercent un double rôle : d'une part, ils véhiculent des représentations stéréotypées de celle-ci et d'autre part, ils permettent la diffusion des connaissances au sujet des psychopathologies. En ce qui concerne la bipolarité, ce trouble fait de plus en plus sensation dans les médias. Des multitudes de forums et de blog se déploient sur internet et il n'est plus rare de croiser des personnages de livres, de films, ou de séries vivant avec un trouble bipolaire. Ce diagnostic est également porté par de nombreuses personnalités, et devient en quelque sorte « tendance » à notre époque. Une recherche à propos de la bipolarité sur *google.fr* recense aujourd'hui plus de 210000 pages (Formentin, 2014), amenant ainsi les lecteurs lambdas à prendre connaissance de la psychopathologie et à s'auto-diagnostiquer.

En effet, le terme « bipolarité » n'est désormais plus inconnu du grand public. Une étude quantitative longitudinale sur la diffusion du terme « bipolarité » dans la population a été réalisée sur une population d'Allemands en 2005 et en 2017. Alors que seulement 5.3% des personnes interrogées (1006 participants) affirmaient avoir déjà entendu parler de la bipolarité comme un trouble mental en 2005, la familiarité avec le concept a augmenté considérablement puisque qu'en 2017, 54.0% des participants ont affirmé connaître le trouble bipolaire (Angermeyer, Carta, Holzinger, & Matschinger, 2018). Entre 2005 et 2007, de nombreuses initiatives ont été prises afin de diffuser ce terme au sein de la population allemande.

Ainsi, les différences significatives obtenues dans les études comparatives entre la bipolarité et les autres pathologies au niveau des représentations pourraient simplement être dues à l'apparition de la bipolarité dans les médias et au manque de familiarité avec les autres troubles considérés comme plus « lourds » tels que la dépression et la schizophrénie. De plus, une seconde étude a mis en évidence que le simple fait de recevoir une information sur la maladie était un facteur prédictif d'attitudes moins péjoratives à l'égard d'une personne vivant avec un trouble mental (Quintin, Klein, Carriere, & Narboni, 2001).

Deuxièmement, les manifestations du trouble en lui-même joueraient également un rôle dans les représentations sociales de la bipolarité. A l'aide d'une étude quantitative reprenant 188 participants âgés de 16 à 34 ans, Wolkenstein et Meyer (2008) se sont intéressés aux facteurs qui influencent les attitudes à l'égard des personnes présentant une dépression majeure et des personnes présentant une phase maniaque. Deux vignettes d'étude de cas qui énonçaient soit la vie d'une personne présentant une dépression majeure, soit celle d'une personne présentant une phase maniaque ont été distribuées aléatoirement au sein de l'échantillon. Le niveau de stigmatisation était évalué par des échelles mesurant les attitudes émotionnelles, cognitives et comportementales des participants à l'égard de la personne présentée dans la vignette. Les auteurs ont cherché à comprendre dans quelle mesure la familiarité avec les troubles et l'expérience personnelle d'épisodes affectifs étaient prédictives d'attitudes plus positives à l'égard des personnes présentant ces troubles. Les résultats ont mis en évidence que des attitudes négatives étaient plus susceptibles d'être associées à la manie qu'à la dépression. Alors que la familiarité avec les troubles s'est avérée être un facteur d'influence positif sur l'attitude envers la dépression, ce facteur était prédictif d'attitudes plus négatives à l'égard de la manie. En outre, les expériences personnelles du changement d'humeur et des croyances inhabituelles ont également été mesurées au sein des participants à l'aide de la *General Behaviour Inventory* (GBI :Hautzinger et al., 2002), de la *Magical Ideation Scale* (MI :Eckblad & Chapman, 1983) ainsi que par la *Eysenck-Personality-Inventory* (EPI : Eysenck & Eysenck, 1964). La présence de symptômes affectifs ou schizotypiques chez les participants n'a pas révélé d'effet significatif sur la formation d'attitudes (Wolkenstein & Meyer, 2009).

Cependant, il est très difficile d'évaluer la manifestation des troubles chez les participants. Ces échelles ont comme risque de surévaluer le nombre de personnes ayant expérimenté des changements d'humeur et des croyances inhabituelles, ne prenant pas en considération si un réel trouble de bipolarité a été diagnostiqué chez la personne ou non. De plus, l'enquête a été réalisée sur un échantillon de personnes relativement jeunes (entre 16 et 34 ans), ce qui pourrait influencer significativement les résultats. En effet, dans leur étude comparative entre les attitudes envers la bipolarité et la schizophrénie, Stip et ses collègues (2006) ont mis en évidence l'influence des facteurs démographiques des répondants sur leurs réponses. Les résultats ont révélé qu'aucune différence d'attitudes n'a été observée concernant la langue maternelle, le nombre de personnes dans le ménage ou la région géographique du participant. En revanche, une éducation supérieure et le

jeune âge ont été associés à une plus grande acceptation et une meilleure compréhension de l'étiologie et du traitement des deux maladies mentales.

### 1.3. Stigmatisation perçue

Les études précédentes ont révélé que la bipolarité était relativement bien connue et moins stigmatisée que d'autres maladies mentales. Mais qu'en est-il de la stigmatisation perçue par les principaux concernés ? Comment les personnes diagnostiquées bipolaires vivent-elles cette stigmatisation ? Dans une étude qualitative réalisée par Suto et ses collègues (2012), un échantillon de 28 participants atteints de troubles bipolaires et 16 membres de leur famille ont été interrogés sur leur définition de la stigmatisation, sur la stigmatisation perçue, sur la façon dont celle-ci les touchait et sur la manière dont ils pensaient que la stigmatisation pouvait être réduite efficacement. Dans leur interview, les personnes diagnostiquées bipolaires affirmaient que le stigmate créait de l'exclusion, limitant leurs opportunités et les discriminant au travail, à l'école et dans les milieux de soins de santé. Elles abordaient également la représentation négative et sensationnaliste de la maladie mentale dans les médias qui jouent un grand rôle dans leur stigmatisation sociale et réduit leur qualité de vie (Suto et al., 2012).

Dans la même idée, Michalak et ses collègues (Michalak et al., 2007 ; Michalak, Livingstone, Hole, Suto & Haddock, 2011 ; Michalak, Yatham, Kolesar & Lam, 2006 ; Michalak, Yatham, Maxwell, Hale & Lam, 2007) ont également effectué quatre études qualitatives pour examiner l'expérience subjective de stigmatisation parmi trente-cinq personnes vivant avec un trouble bipolaire. Les participants ont rapporté avoir le sentiment d'être stigmatisés de manière différente que s'ils avaient eu une maladie physique et que la stigmatisation autour de la bipolarité était différente et plus péjorative que celle autour des dépressions unipolaires. Beaucoup ont déclaré avoir vécu de la discrimination sur leur lieu de travail ou au sein des institutions de santé mentale (Michalak et al., 2007). Pour eux, l'expérience de stigmatisation était un facteur qui influençait de façon négative leur qualité de vie et qui les empêchait de vivre pleinement celle-ci (Michalak, Yatham, Kolesar, & Lam, 2006). Cependant, les auteurs (Michalak et al., 2011) ont également mis en évidence que, bien que la pose du diagnostic de bipolarité puisse être vécue de façon très négative pour certains, celle-ci pouvait également apporter une compréhension, un groupe d'appartenance et une responsabilisation à la personne (Michalak et al., 2011).

Plusieurs études ont comparé la stigmatisation perçue par les personnes diagnostiquées bipolaires avec d'autres psychopathologies. Moselli et Egie (2003) ont réalisé une enquête souhaitant comparer la stigmatisation perçue au sein d'un échantillon de 1760 personnes présentant toutes sortes de troubles de l'humeur (dépression chronique, dysthymie, dépression atypique et trouble bipolaire). Les résultats de cette étude ont révélé qu'au total, 55% des 1014 participants vivant avec un trouble bipolaire considéraient la stigmatisation comme un problème grave et significatif, contre 44% des 718 répondants souffrant de dépression. Cette stigmatisation les touchait tant au sein de la famille que sur le plan social puisque 28% des participants vivant avec un trouble bipolaire ont déclaré avoir le sentiment d'être rejetés par leur entourage, contre 20% des participants souffrant d'un trouble de l'humeur non bipolaire. Dans tous les groupes, beaucoup ont affirmé vouloir éviter de se faire de nouveaux amis (32% pour les personnes bipolaires contre 24% pour les personnes non-bipolaires). La majorité des participants des deux groupes a estimé que cette situation s'améliorerait si le grand public avait davantage connaissance du trouble.

Les résultats obtenus par Moselli et Egie (2003) ont par la suite été confirmés par une seconde étude souhaitant comparer le trouble unipolaire et le trouble bipolaire. A l'aide d'une étude quantitative, Lazowski et ses collègues (2012) ont également constaté des niveaux élevés de stigmatisation perçue dans un échantillon de personnes vivant avec un trouble de l'humeur. Les participants diagnostiqués bipolaires (N=79) ont estimé l'impact de la stigmatisation comme significativement plus élevé que le groupe unipolaire (N=90), bien que les nombres d'expériences stigmatisantes rapportées par chaque groupe étaient équivalents.

#### **1.4. Auto-stigmatisation et bipolarité**

Il est intéressant de constater que la stigmatisation perçue par les personnes bipolaires semble plus conséquente que les représentations sociales répertoriées chez les tout venants. Cette différence peut premièrement s'expliquer par une sous-évaluation des attitudes stigmatisantes au niveau des personnes non diagnostiquées bipolaires. En effet, des biais méthodologiques pouvaient exister dans les différentes études analysant la stigmatisation à l'égard de la bipolarité tels des biais de mesures (échelles utilisées), de confirmation, d'interprétation ou encore la propension à vouloir répondre en adéquation avec les normes sociales. Elle peut également s'expliquer par une surestimation des préjugés que les personnes diagnostiquées ont tendance à intégrer et à retourner contre



elles-mêmes (Corrigan & Watson, 2002, p.16). Ce processus d'intégration est appelé « auto-stigmatisation » et implique des interactions aussi bien au niveau individuel que sociétal (Brohan, 2010). D'après Link & Phelan (2001), les personnes qui ont intégré le stigmate sont plus susceptibles d'approuver les stéréotypes, croyant qu'ils s'appliquent réellement à elles-mêmes, ce qui entraîne dans certains cas une perception du soi négative (baisse de l'estime de soi, honte, culpabilité et anxiété sociale) et des stratégies d'adaptation telles que l'isolement et le repli sur soi (Corrigan, Larson & Rusch, 2009).

Une revue de la littérature a investigué la présence de ce phénomène chez les personnes vivant avec un trouble bipolaire (Hawke, Parikh & Michalak, 2013). Une étude réalisée par Brohan et ses collègues (2010) a démontré que la bipolarité et la dépression unipolaire étaient associées à des niveaux élevés de discrimination et de stigmatisation. Dans cette étude, les personnes qui ressentaient davantage de discrimination, qui se sentaient moins habilitées, qui avaient moins de contacts sociaux et d'éducation et qui n'étaient pas employées à plein temps avaient un sentiment d'auto-stigmatisation plus élevé. Cependant, aucune différence significative entre les deux groupes n'a été relevée concernant le niveau d'auto-stigmatisation.

L'année suivante, Vázquez et ses collaborateurs (2011) ont constaté que parmi 241 personnes atteintes de bipolarité, une plus grande déficience fonctionnelle générale était associée à des niveaux plus élevés de stigmatisation intériorisée et d'expériences stigmatisantes. Dans la même idée, Cerit, Filizer, Tural et Tufan (2012) ont conclu qu'au sein de 80 participants vivant avec un trouble bipolaire, le niveau d'auto-stigmatisation était inversement corrélé avec le fonctionnement général du patient. Le renforcement des croyances liées à l'auto-stigmatisation était plus élevé chez les personnes moins éduquées, qui vivaient plus d'épisodes maniaques, plus de phases dépressives et un ratio hospitalisation/durée de la maladie moins élevé. Dans une étude turque réalisée sur 100 patients ambulatoires diagnostiqués bipolaire, Üstündağ et Kesebir (2013) ont également avancé que l'internalisation de la stigmatisation était significativement liée au faible revenu, au chômage, au milieu rural et au fait d'avoir plus d'enfants.

D'un point de vue clinique, l'auto stigmatisation péjore considérablement l'évolution du trouble bipolaire (Levy, Tsoy, & Brodt, 2015). En effet, de hauts niveaux d'auto stigmatisation sont associés à plus de rechutes, des symptômes plus intenses, des hospitalisations plus fréquentes et un retard à la mise en place d'un traitement lorsque le patient se sent fautif ou coupable d'être malade et que cette perception est également partagée par l'entourage. Par conséquent, les personnes présentant des troubles bipolaires

ont tendance à connaître des rechutes affectives multiples (Schaffer et al., 2006), des symptômes résiduels ou inter-épisodes importants (Benazzi, 2004 ; Paykel et al., 2006) et un taux de suicide élevé (Judd & Akiskal, 2003). Ces symptômes s'accompagnent d'une myriade de répercussions sur le fonctionnement psychosocial (Perlick et al., 2001 ; Hayward et al., 2002), l'estime de soi (Aydemir & Akkaya, 2011), sur la sphère professionnelle (Kessler, 2006 ; Michalak, 2007 ; Levy, 2015) et sur la qualité de vie (Michalak, Yatham, Maxwell, Hale, & Lam, 2007). L'anxiété sociale est également l'une des comorbidités les plus répandues au sein de la population des personnes diagnostiquées bipolaires. Elle serait la conséquence directe de l'auto-stigmatisation et des sentiments chroniques de honte et de baisse de l'estime de soi (Levy et al., 2015 ; Aydemir & Akkaya, 2011 ; Brohan et al., 2011).

Au niveau des études sur l'auto-stigmatisation, la bipolarité reste souvent oubliée par rapport à d'autres maladies plus stigmatisantes telles que la schizophrénie. Néanmoins, l'auto-stigmatisation a été évaluée de manière comparative avec la schizophrénie dans deux études. Karidi et ses collaborateurs (2015) ont comparé l'intensité du self-stigma dans les deux troubles à l'aide de deux questionnaires : le Self Stigma Questionnaire (SSQ : Karidi, 2004) et le Stigma Inventory of Mental illness (SIMI : Karidi, 2004). Les auteurs ont trouvé que l'auto-stigmatisation était présente dans les deux groupes mais différait dans son intensité. Alors que les patients atteints de bipolarité étaient moins stigmatisés, que leur vie sociale ainsi que leur fonctionnement général semblaient moins affectés, les patients atteints de schizophrénie adoptaient, quant à eux, des attitudes d'auto-stigmatisation plus intenses qui menaient à davantage d'exclusion sociale et à un niveau de fonctionnement global plus faible.

Sarisoy et ses collaborateurs (2013) se sont également penchés sur la question de la stigmatisation internalisée sur une population de personnes diagnostiquées bipolaires et schizophrènes. Leur but était de déterminer les caractéristiques de la stigmatisation internalisée et des relations intimes pour chacune des psychopathologies. Pour ce faire, les questionnaires de « Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI : Ritscher, 2003) et de « Multidimensional Relationship Questionnaire » (MRQ ; Snell, 2002) ont été utilisés. Un haut niveau de stigmatisation internalisée a été déterminé chez un patient schizophrène sur trois et chez un patient bipolaire sur cinq. Les scores d'anxiété relationnelle, peur de la relation et de surveillance relationnelle étaient plus élevés chez les personnes diagnostiquées bipolaires avec stigmatisation intériorisée que chez ceux avec un score plus faible d'auto-stigmatisation. Inversement, leurs scores de satisfaction

relationnelle étaient plus faibles pour les personnes avec un haut niveau d'auto-stigmatisation par rapport aux personnes avec un faible niveau.

En considération de ceci, l'auto-stigmatisation et la perception du diagnostic par la personne semblent être des leviers thérapeutiques importants dans la prise en charge clinique du trouble bipolaire. Il est donc nécessaire d'apprécier la façon dont les personnes se représentent leur maladie, d'investiguer les répercussions quotidiennes perçues par le patient, de questionner le vécu de la stigmatisation et d'identifier les fausses croyances liées à l'auto-stigmatisation (Lepouriel, 2015). Tout l'enjeu reste d'explorer le diagnostic avec l'aide d'un thérapeute pro-actif afin d'orienter la prise en charge vers un questionnement existentiel plutôt que vers un questionnement lié à un diagnostic posé et à la stigmatisation liée à celui-ci. On passerait dès lors du « qu'est-ce que j'ai ? » au « qui suis-je ? », libérant la personne de ce qu'on lui impose et de ce qu'elle s'impose à elle-même.

### 1.5. Hypothèses

An regard des théories et études présentées ci-dessus, l'objectif principal de ce mémoire est d'investiguer les formations d'attitudes à l'égard d'une personne présentant un trouble bipolaire et de les mettre en lien avec différents facteurs qui pourraient modifier significativement celles-ci. Alors que beaucoup d'études se sont intéressées à la stigmatisation des maladies mentales, très peu se sont spécifiquement focalisées sur le trouble bipolaire et sur les représentations sociales de ce trouble.

Le premier facteur investigué se trouve du côté de l'évaluateur. Alors que l'étude de Wolkenstein et Meyer (2009) a mis en évidence que l'expérience personnelle du changement d'humeur n'avait pas de lien significatif avec la formation d'attitudes, nous nous demandons si un diagnostic de bipolarité pourrait être prédictif d'attitudes plus positives face à une autre personne présentant un trouble bipolaire. De plus, les auteurs ont également avancé que la familiarité avec le trouble avait un effet significatif sur les attitudes à l'égard d'une personne présentant une phase dépressive ou une phase maniaque. Dans le même ordre d'idées, nous souhaitons également contrôler deux facteurs inhérents à l'évaluateur qui pourraient influencer ses attitudes : la connaissance d'un proche vivant avec un trouble bipolaire ainsi que la présence ou non d'un autre psychodiagnostic chez l'évaluateur.

Ensuite, alors que la pose d'un diagnostic simplifie la compréhension d'une personne, il pose également question quant à son utilité dans le processus de

stigmatisation au niveau de la personne évaluée. Ainsi, nous nous demandons si une différence significative d'attitudes existerait dépendamment du fait que la personne évaluée porte un diagnostic de bipolarité ou non. Nous avançons l'hypothèse que l'attribution d'un psychodiagnostic est un facteur prédictif d'attitudes plus négatives à l'égard de cette personne.

Enfin, des études précédentes ont démontré qu'il existait une différence entre la stigmatisation perçue et la stigmatisation réelle au sein des personnes bipolaires. Cette différence pourrait s'expliquer par un processus d'intégration des stéréotypes et préjugés appelé « auto-stigmatisation ». Ainsi, nous émettons l'hypothèse que les personnes ayant intégré les stéréotypes et préjugés liés à leur psychodiagnostic auraient davantage tendance à juger négativement une autre personne présentant le même attribut qu'elles. Un haut niveau d'auto-stigmatisation chez une personne bipolaire pourrait de ce fait être prédictif d'attitudes plus négatives à l'égard d'une autre personne présentant le même trouble. Les différentes implications de l'auto-stigmatisation dans la bipolarité ont été investiguées mais aucune étude n'a cherché un éventuel lien entre le niveau d'auto-stigmatisation chez une personne bipolaire et les attitudes vis-à-vis d'une personne présentant le même attribut.

De plus, il a été démontré que plusieurs facteurs pouvaient venir influencer le niveau d'auto-stigmatisation de la personne. Premièrement, Brohan et ses collègues (2011) ont mis en évidence l'influence de la discrimination perçue, des contacts sociaux, de l'éducation et du statut professionnel sur le niveau d'auto-stigmatisation. Üstündağ et Kesebir (2013) ont quant à eux avancé que l'internalisation de la stigmatisation était significativement liée au faible revenu, au chômage, au milieu rural et au fait d'avoir un plus grand nombre d'enfants. Par cette étude, nous souhaitons également contrôler l'influence de l'âge et des aides dont la personne bénéficie sur le niveau d'auto-stigmatisation dans la bipolarité. Nous avançons l'hypothèse que le niveau d'auto-stigmatisation est inversement corrélé à l'âge et que les différentes aides (suivi psychiatrique, groupe de parole, psychothérapie, hospitalisation et psychoéducation) sont prédictives d'un niveau plus faible d'auto-stigmatisation.



## 2. Méthode

### 2.1. Hypothèses opérationnelles

Ce mémoire se situe à cheval entre la psychologie sociale et la psychologie clinique. À l'aide d'une étude quantitative, il souhaite investiguer les différents facteurs qui influencent la formation d'attitudes (préjugés, stéréotypes et discrimination) à l'égard d'une personne présentant un trouble bipolaire. Le premier facteur investigué est celui de l'appartenance à un groupe. Pour ce faire, l'échantillon de personnes interrogées a été divisé en deux groupes distincts : un échantillon de personnes diagnostiquées bipolaires (endogroupe) et un échantillon de personnes « tout venant », sans psychodiagnostic (exogroupe). Les attitudes formées ont alors été comparées entre ces deux groupes. Ensuite, une vignette clinique fictive d'une personne présentant un trouble bipolaire avec ou sans diagnostic a été administré aléatoirement à chaque participant des deux groupes afin d'investiguer un éventuel lien entre la pose d'un diagnostic et la formation d'attitudes. Enfin, le 3<sup>e</sup> facteur analysé est celui du niveau d'auto-stigmatisation au sein des participants de l'endogroupe et le rôle que celui-ci peut jouer sur la formation d'attitudes envers une autre personne présentant le même trouble psychologique.

H1 : Les personnes diagnostiquées bipolaires ont tendance à adopter des attitudes plus positives que celles sans diagnostic de bipolarité à l'égard d'une autre personne présentant le même trouble.

H2 : Les personnes ont tendances à adopter des attitudes plus péjoratives à l'égard d'une personne à qui un diagnostic de bipolarité a été attribué par rapport à une personne présentant les « symptômes » d'un trouble bipolaire sans diagnostic de bipolarité

Sous-hypothèse 1 : La familiarité avec le trouble au sein de l'exogroupe est un facteur explicatif d'attitudes plus positives à l'égard d'une personne présentant un trouble bipolaire et son effet varierait avec l'effet de la vignette reçue.

Sous-hypothèse 2 : La présence d'un autre psychodiagnostic au sein de l'exogroupe est un facteur explicatif d'attitudes plus positives à l'égard d'une personne présentant un trouble bipolaire et son effet varierait avec l'effet de la vignette reçue.

H3 : Il existe une relation linéaire positive entre le niveau d'auto-stigmatisation et les attitudes péjoratives à l'égard d'une personne présentant un trouble bipolaire. Plus une personne diagnostiquée bipolaire s'auto-stigmatise, plus elle serait à même d'évaluer négativement une autre personne présentant le même trouble.

Sous-hypothèse 3 : Il existe une relation linéaire négative entre l'âge et le niveau d'auto-stigmatisation. Plus une personne est jeune, plus elle a tendance à s'auto-stigmatiser

Sous-hypothèse 4 : Les différentes aides dont bénéficie la personne présentant un trouble bipolaire sont des facteurs explicatifs d'un niveau d'auto-stigmatisation plus faible.

## 2.2. Participants

Une enquête a été distribuée sur les réseaux sociaux ainsi qu'au sein de plusieurs réseaux en lien avec la santé mentale (e.g., Réseau Funambule, Réseau du pôle des deux phares et réseau tripolaire). Deux conditions étaient nécessaires pour participer à cette étude. La première était d'être majeur d'âge (plus de 18 ans) et la seconde était de parler couramment le français. Trois-cent-cinquante-sept personnes ont commencé à répondre à l'enquête et deux-cent-unes personnes ont été jusqu'au bout de celle-ci. Seules les réponses des personnes ayant été jusqu'au bout du questionnaire ont été analysées. Parmi cet échantillon de deux-cent-et-uns participants, 21.9% étaient des hommes et 78.1% des femmes. L'âge variait entre dix-neuf et septante-trois ans ( $M = 37.60$ ,  $SD = 15.48$ ). Concernant le niveau d'études, 2% de l'échantillon avait un niveau d'enseignement secondaire inférieur, 14.9% un niveau d'enseignement secondaire supérieur, 81.6% un niveau d'enseignement supérieur et 1,5% un niveau de troisième cycle/doctorat. La majorité des répondants étaient des employés (23%), de indépendants (10.9%) ou des étudiants (35%). Quatre-vingt-trois pourcents des participants étaient de nationalité belge

contre 11.4% de nationalité française. Cinq pourcents avaient une nationalité autre telle qu'espagnole, luxembourgeoise, autrichienne, tunisienne ou libanaise.

Trente-six participants ont été diagnostiqués bipolaires (17.9 %) alors que cent-soixante-cinq participants ne portaient pas de psychodiagnostic de bipolarité. Parmi les personnes non diagnostiquées bipolaires, 10% d'entre elles portaient un autre psychodiagnostic (e.g., autisme, haut potentiel dyslexie, dépression). Parmi les personnes diagnostiquées bipolaires, 41.7% vivaient avec un autre psychodiagnostic que celui de la bipolarité tandis que 58.3 % étaient uniquement diagnostiqués bipolaires. Au sein de l'exogroupe, 45% d'entre eux ne connaissent pas personnellement de personnes vivant avec un trouble bipolaire et seuls 2.4% des participants n'avaient jamais entendu parler du trouble bipolaire. L'âge des quatre participants non familiers au trouble variait entre 19 et 25 ans et étaient donc relativement jeunes.

Lorsque les deux groupes étaient comparés, la moyenne d'âge était significativement plus élevée au sein des personnes présentant un trouble bipolaire (endogroupe) puisqu'elle s'élevait à 50 ans contre 35 ans dans l'exogroupe (exogroupe) (endogroupe :  $M = 50.92$ ,  $SD = 10.18$  ; exogroupe :  $M = 34.70$ ,  $SD = 14.92$ ),  $t(199) = 7.884$ ,  $p < .001$ . Concernant la répartition du genre, il y avait proportionnellement plus d'hommes dans l'endogroupe (36.1%) que dans l'exogroupe (18.8%),  $\chi^2(1, N = 201) = 5.18$ ,  $p = .023$ . Quant au niveau d'étude, 41.7% de l'échantillon de personnes bipolaires avaient un niveau d'étude inférieur (enseignement primaire, enseignement secondaire inférieur et enseignement secondaire supérieur) contre 11.5% dans l'exogroupe :  $\chi^2(1, N = 201) = 19.11$ ,  $p < .001$ . Enfin, au niveau du statut professionnel, 38.9% des personnes diagnostiquées bipolaires étaient salariées contre 46.7% de l'exogroupe,  $\chi^2(1, 201) = .396$ , *ns*.

L'échantillon était également divisé en 2 groupes distincts en fonction de la variable indépendante manipulée attitrée aléatoirement : « Vignette reçue ». Les deux groupes (vignette avec psychodiagnostic et vignette sans psychodiagnostic) étaient similaires en ce qui concerne les répartitions du genre, de l'âge, des statut professionnels, des niveaux d'étude et du diagnostic de bipolarité. En effet, aucune différence d'âge n'a été révélée,  $t(196,71) = .711$ , *ns*. Au niveau du genre, *un test chi carré* a mis en évidence qu'il n'existait pas de différence significative concernant la proportion d'homme et de femmes entre les deux groupe  $\chi^2(1, 201) = 1.219$ , *ns*. Concernant le statut professionnel, tous les statuts étaient présents de manière équivalente dans les deux échantillons,  $\chi^2(1,$



201) = 8.24, *ns*. Les niveaux d'étude étaient également dispersés de manière égale entre les deux échantillons puisqu'il n'existait pas de différence significative concernant le niveau d'étude entre les personnes à qui la première vignette a été attribuée et les personnes à qui la seconde vignette a été attribuée,  $\chi^2(1, 201) = 1.249$ , *ns*. Enfin, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes concernant le pourcentage de personnes présentant un trouble bipolaire,  $\chi^2(1, 201) = .256$ , *ns*.

### 2.3. Procédure

L'enquête a été réalisée à l'aide de la plateforme « *Qualtrics* ». Cette plateforme permet de créer des liens anonymes et de récolter les données de façon simplifiée. Elle est également conforme avec le RGPD. Les données ont été stockées sur un ordinateur personnel avec protection au moyen d'un mot de passe ainsi que sur la plateforme « *Oasis* ». Le lien anonyme de l'enquête a premièrement été diffusé au sein d'une population de « tout-venants » via le réseau social *Facebook*. Ensuite, Afin d'obtenir des participants présentant un trouble bipolaire, celui-ci a également été diffusé par mail via la Newsletter du groupe de parole pour personnes vivant avec un trouble bipolaire « le Funambule » qui comprend plus de 400 abonnés. Le lien a également été posté sur la page *Facebook* du groupe ce qui a permis de diffuser l'enquête dans une bonne partie des pays francophones du monde (Belgique, France, Luxembourg, Québec, Liban). Le réseau funambule a également incité d'autres réseaux en lien avec la santé mentale à diffuser cette enquête. Selon une analyse descriptive, 48.3% des participants ont eu connaissance de l'enquête via les réseaux sociaux, 38.3% via des partages d'amis/connaissances/familles et 10% via la newsletter du groupe de parole pour personnes vivant avec un trouble bipolaire « le Funambule ». Le temps de passation de l'enquête variait entre 10 et 15 minutes.

Premièrement, chaque participant a été amené à répondre à une série de questions démographiques afin de contrôler d'éventuels facteurs tels que le sexe, le niveau d'éducation, la nationalité, l'âge et le statut professionnel. Ensuite, les participants se voyaient présenter aléatoirement une vignette énonçant soit l'histoire de vie d'une personne à qui l'on a diagnostiqué un trouble bipolaire, soit la même histoire de vie d'une personne qui ne porte pas de diagnostic. Les deux vignettes étaient identiques en tous points mis à part que dans un cas, un diagnostic avait été posé et apparaissait noir sur blanc dans le texte alors que dans la seconde, le diagnostic de bipolarité était sous-entendu. Des informations plus précises en lien avec le psychodiagnostic ont également

été ajoutées dans la première vignette. Ceci constituait la manipulation de la variable indépendante « vignette reçue ».

**Figure 1. Deux vignettes énonçant l'histoire de vie de Madame X attitrées aléatoirement**

<b>Vignette clinique avec diagnostic de bipolarité</b>	<b>Vignette clinique sans diagnostic de bipolarité</b>
<p>Madame X a 33 ans et <b>a été diagnostiquée bipolaire il y a 5 ans</b>. Après avoir terminé ses études de marketing, elle tombe dans une grosse dépression qui a duré plus de 2 ans. Elle n'osait plus sortir de chez elle et n'importe quelle petite tâche quotidienne nécessitait beaucoup d'énergie et de planification. Il lui a fallu beaucoup de temps avant de se décider à aller voir un psychiatre. C'est sa maman qui l'a poussée à consulter après l'avoir retrouvée complètement amorphe et en malnutrition dans son studio.</p> <p>Un mois après avoir pris son premier antidépresseur, Madame X se sent beaucoup mieux. Elle décide d'ouvrir un magasin de vêtements dans lequel elle a dépensé toutes ses économies. Alors que ce magasin commence à bien fonctionner, Madame X disparaît du jour au lendemain et décide de partir en Afrique en voyage humanitaire. Ses employés et sa famille n'ont eu aucune nouvelle d'elle pendant 2 ans, mis à part une petite note sur un post-it sur lequel était écrit : « J'ai besoin de me sentir utile, je vous laisse gérer le magasin ». En Afrique, Madame X décide d'épouser un Nigérien pour l'aider à obtenir ses papiers dans le but de le faire venir en Belgique.</p> <p>A son retour, elle apprend que sa mère est décédée d'un cancer et elle commence à noyer sa tristesse dans l'alcool et dans les sorties avec ses amies. Elle retombe en dépression sévère pendant plus d'un an et essaie tant bien que mal de s'en sortir financièrement après la faillite de son magasin. Elle dépense en 6 mois l'intégralité de l'héritage de sa mère et verse tout son argent dans des œuvres caritatives en Afrique.</p> <p>Elle décide alors de reconsulter son psychiatre <b>qui lui prescrit du lithium (régulateur de l'humeur) en plus de ses antidépresseurs</b>. Au début de ce traitement, Madame X supporte très mal le médicament, ne se reconnaît plus et a pris 20 kilos en l'espace de 6 mois. <b>Elle n'est pas régulière dans la prise de son traitement, ce qui a engendré de nombreuses crises maniaques et dépressives à répétition (cyclothymie)</b>. Elle a également eu des problèmes avec la justice suite à des altercations avec son mari. L'année suivante, Madame X apprend qu'elle est enceinte et décide d'avorter car elle se sent trop instable pour assumer une grossesse. Elle retombe alors dans une grosse dépression et décide de divorcer. Elle est désormais internée dans un centre hospitalier et redoute déjà le moment où elle pourra en sortir.</p>	<p>Après avoir terminé ses études de marketing, Madame X, 33 ans, est tombée dans une grosse dépression qui a duré plus de 2 ans. Elle n'osait plus sortir de chez elle et n'importe quelle petite tâche quotidienne nécessitait beaucoup d'énergie et de planification. Il lui a fallu beaucoup de temps avant de se décider à aller voir un psychiatre. C'est sa maman qui l'a poussée à consulter après l'avoir retrouvée complètement amorphe et en malnutrition dans son studio.</p> <p>Un mois après avoir pris son premier antidépresseur, Madame X se sent beaucoup mieux. Elle décide d'ouvrir un magasin de vêtements dans lequel elle a dépensé toutes ses économies. Alors que ce magasin commence à bien fonctionner, Madame X décide de partir en Afrique en voyage humanitaire et disparaît du jour au lendemain. Ses employés et sa famille n'ont plus eu aucune nouvelle d'elle pendant 2 ans, mis à part une petite note sur un post-it sur lequel était écrit : « J'ai besoin de me sentir utile, je vous laisse gérer le magasin ». En Afrique, Madame X décide d'épouser un Nigérien pour l'aider à obtenir ses papiers dans le but de le faire venir en Belgique.</p> <p>A son retour, elle apprend que sa mère est décédée d'un cancer et elle commence à noyer sa tristesse dans l'alcool et dans les sorties avec ses amies. Elle retombe en dépression sévère pendant plus d'un an et essaie tant bien que mal de s'en sortir financièrement après la faillite de son magasin. Elle dépense en 6 mois l'intégralité de l'héritage de sa mère et verse tout son argent dans des œuvres caritatives en Afrique.</p> <p>Elle décide alors de reconsulter son psychiatre qui lui prescrit un nouveau traitement. Au début de ce traitement, Madame X supporte très mal le médicament, ne se reconnaît plus et prend 20 kilos en l'espace de 6 mois. Elle a également eu des problèmes avec la justice suite à des altercations avec son mari. Peu après, Madame X apprend qu'elle est enceinte et décide d'avorter car elle se sent trop instable pour assumer une grossesse. Elle retombe alors dans une grosse dépression et décide de divorcer. Elle est désormais internée dans un centre hospitalier et redoute déjà le moment où elle pourra en sortir.</p>

Ensuite, des échelles mesurant les différentes attitudes (cognitives, émotionnelles et comportementales) ainsi que les deux dimensions (chaleur et compétence) à l'égard de la vignette reçue étaient présentées aux participants. Ceux-ci étaient amenés à évaluer leur degré d'accord pour chaque information. La séparation entre l'endogroupe et l'exogroupe a été réalisée à l'aide d'une question portant sur la présence d'un psychodiagnostic de bipolarité. Deux questions portant sur la familiarité avec le trouble ont été proposées aux participants non diagnostiqués bipolaires. La première question était « Avez-vous déjà entendu parler du trouble bipolaire ? Oui/non » et la seconde était « Connaissez-vous personnellement un ou plusieurs proches vivant avec un trouble bipolaire ? Oui/non ». Le questionnaire prenait fin pour les personnes non diagnostiquées bipolaires après ces deux questions alors que les personnes vivant avec un trouble bipolaire étaient amenées à répondre à quelques questions en lien avec leur diagnostic de bipolarité : « A quel âge avez-vous reçu votre diagnostic de bipolarité ? » « Depuis combien de temps vivez-vous avec ce psychodiagnostic ? (Moins d'un an, entre 1 et 5 ans, entre 5 et 10 ans, entre 10 et 20 ans et plus de 30 ans) » « Par quel intermédiaire avez-vous reçu votre diagnostic de trouble bipolaire ? (Psychiatre, médecin généraliste, psychologue/psychothérapeute ou autre) » et « De quelles aides bénéficiez-vous actuellement pour vous aider à vivre avec votre trouble bipolaire ? (Suivi psychiatrique, psychothérapie, psychoéducation, groupe de parole, hospitalisation ou autre) ». Enfin, un questionnaire mesurant leur niveau d'auto stigmatisation reprenant 29 items était proposé aux personnes vivant avec un trouble bipolaire.

Cette enquête a été soumise à la Commission d'Ethique Hospitalo facultaire qui a donné son aval le 28 mai 2020 (Numéro de dossier : 2020/24MAR/170). Les participants ont été préalablement informés de leur droit d'interruption et de la confidentialité des données. Aucun débriefing n'a été fourni aux participants. Une adresse mail de référence leur a été fournie et un espace à la fin du questionnaire a été prévu afin que les participants puissent déposer anonymement d'éventuels commentaires sur l'enquête.

## 3. Discussion

### 3.1. Résumé intégratif des résultats

#### 3.1.1. *Hypothèse 1 : différence entre l'endogroupe et l'exogroupe*

Pour commencer, il convient de constater que les scores obtenus aux différentes échelles mesurant les attitudes stigmatisantes ne témoignent pas d'une stigmatisation publique élevée à l'encontre d'une personne présentant un trouble bipolaire. En effet, en prenant uniquement en considération les scores moyens sans tenir compte des différents groupes d'appartenance, les analyses descriptives ont révélé que la stigmatisation à l'égard de la personne présentée dans la vignette restait peu élevée. Les participants ont évalué celle-ci comme relativement chaleureuse mais manquant légèrement de compétence. En moyenne, ils n'étaient pas d'accord avec les attitudes émotionnelles proposées et étaient ni en accord ni en désaccord avec les attitudes cognitives. Cependant, ils préféraient garder une distance sociale avec cette personne et n'étaient pas disposés à entrer en interaction avec celle-ci.

La première hypothèse souhaitait mettre en exergue les différences d'attitudes stigmatisantes entre les personnes diagnostiquées bipolaires et l'exogroupe. Les résultats ont mis en évidence une seule différence significative concernant les attitudes émotionnelles. La première hypothèse selon laquelle les personnes non diagnostiquées bipolaires stigmatiseraient davantage la personne présentée dans la vignette que les personnes bipolaires a pu être retenue uniquement pour la dimension émotionnelle de la stigmatisation. En effet, les personnes bipolaires étaient moins en accord avec les préjugés (attitudes émotionnelles) à l'égard de la personne présentée dans la vignette que les participants de l'exogroupe. Une seconde différence significative entre les deux groupes a été observée pour l'évaluation de la dimension « compétence ». Cependant, l'âge étant en relation avec cette dernière, cette signification disparaissait une fois cette variable contrôlée. Concernant l'évaluation de la dimension chaleur, les attitudes cognitives et la discrimination, aucune différence significative n'a été observée entre les personnes bipolaires et les tout-venants, bien que les analyses descriptives aient montré des attitudes moins stigmatisantes chez les personnes diagnostiquées bipolaires que chez les tout-venants. Dès lors, cela signifierait que les personnes diagnostiquées bipolaires

évalueraient de la même manière la chaleur de la personne présentée et auraient des attitudes cognitives ainsi qu'un désir de distanciation sociale équivalents aux participants de l'exogroupe

Cependant, cette différence entre l'endogroupe et l'exogroupe ne se limitait pas uniquement à la présence ou non d'un diagnostic de bipolarité. En effet, nous avons émis l'hypothèse que certaines personnes portant un autre psychodiagnostic que celui de la bipolarité ou ayant comme proche une personne vivant avec un trouble bipolaire stigmatiseraient moins une personne diagnostiquée bipolaire et pourraient également être différemment influencées par la vignette qui leur a été proposée. Ainsi, ces personnes se rapprocheraient davantage de l'endogroupe que de l'exogroupe. Afin de mieux comprendre cette différence, deux facteurs explicatifs ont été contrôlés : la familiarité avec le trouble (personnes ayant une connaissance bipolaire ou non) et la présence ou non d'un autre psychodiagnostic que celui de la bipolarité. Premièrement, il existait une différence significative entre les personnes bipolaires et les personnes ne connaissant pas de personnes bipolaires au niveau de l'approbation des préjugés (attitudes émotionnelles). Les scores des personnes ayant une connaissance bipolaire dans leur entourage restaient relativement proches des scores des personnes vivant avec un trouble bipolaire. Une seconde différence significative a été mise en évidence entre les personnes ne présentant pas d'autre psychodiagnostic et les personnes bipolaires pour les attitudes émotionnelles. Ceci signifierait donc qu'une personne bipolaire adopterait des attitudes émotionnelles moins stigmatisantes qu'une personne non diagnostiquée bipolaire si cette personne n'a pas d'autre psychodiagnostic et/ou si cette personne n'a pas de connaissance vivant avec un trouble bipolaire.

Il est également intéressant de constater que dans l'échantillon récolté, seules 4 personnes n'avaient jamais entendu parler du trouble bipolaire. Ceci n'est pas étonnant puisque le terme bipolarité s'est diffusé de manière considérable dans le vocabulaire commun durant ces dix dernières années (Stip, Caron & Mancini-Marie, 2006, Formentin, 2014) et est devenu un des motifs de consultations le plus fréquent dans le domaine psychiatrique (Gay & Colombani, 2013). Ce groupe étant trop petit pour pouvoir être comparé aux autres, des analyses descriptives ont été effectuées. Celles-ci ont mis en évidence que ces personnes évaluaient de manière plus ou moins comparable aux personnes bipolaires la chaleur et la compétence de la personne présentée dans la vignette. Il en est de même pour les attitudes cognitives. Concernant la discrimination, ces personnes seraient celles qui discriminaient le moins la personne présentée dans la

vignette. Cependant, elles adopteraient des attitudes émotionnelles (préjugés) plus péjoratives que les autres groupes. Ces données, bien que peu nombreuses, viennent appuyer l'influence de la familiarité sur les attitudes mesurées. En effet, il semblerait que le fait de ne pas connaître quelqu'un vivant avec un trouble bipolaire comme le fait de n'avoir jamais entendu parler de la bipolarité sont des facteurs qui peuvent amener une personne à adopter des préjugés plus négatifs à l'encontre de cette personne. Néanmoins, il conviendrait de vérifier ces données sur un plus grand échantillon de personnes non familières au trouble afin de réaliser de réelles analyses inférentielles.

La familiarité avec le trouble pose alors question. En effet, parmi les personnes ayant déjà entendu parler du trouble bipolaire, une majorité de participants avaient dans leur entourage une ou plusieurs personnes vivant avec un trouble bipolaire. Cependant, ce terme étant de plus en plus répandu dans le langage commun, cela pourrait également pousser une personne lambda à diagnostiquer par elle-même n'importe quel individu qui présenterait des sautes d'humeur. Ce pourcentage élevé de participants comptant dans leurs proches une personne vivant avec un trouble bipolaire pourrait davantage s'expliquer par un glissement de définition du terme que par un réel nombre important de personnes diagnostiquées bipolaires. De plus amples recherches à propos de la conceptualisation du terme au sein de l'exogroupe pourraient apporter des informations supplémentaires aux analyses.

Les résultats obtenus dans cette étude sont venus compléter ceux obtenus par Wolkenstein et Meyer (2009) plus de dix années auparavant. En effet, les auteurs avaient relevé que l'expérience personnelle du changement d'humeur n'avait pas de lien significatif avec la formation d'attitudes à l'égard d'une personne présentant une phase maniaque ou une phase dépressive et que la familiarité avait un effet significatif sur les attitudes à l'égard de ces deux manifestations du trouble. Par la présente étude, nous avons choisi de séparer l'endogroupe de l'exogroupe par un diagnostic de bipolarité et non par un continuum d'expérience de changement d'humeur. Les résultats ont démontré un effet significatif du diagnostic de bipolarité en ce qui concerne les attitudes émotionnelles et ont également mis en évidence l'effet de la familiarité avec le trouble ainsi que celui de la présence d'un autre psychodiagnostic sur la stigmatisation publique face à une personne présentant un trouble bipolaire.

### 3.1.2. Hypothèse 2 : influence de la variable « vignette reçue »

Une seconde hypothèse souhaitait mettre en évidence le rôle du psychodiagnostic sur la formation d'attitude. Les résultats des différentes analyses statistiques ont révélé qu'il n'existait pas de différence significative entre les deux vignettes sur chacune des variables mesurées. Ces résultats ne nous ont pas permis de confirmer la seconde hypothèse selon laquelle les personnes ayant reçu la vignette avec diagnostic stigmatiseraient davantage que celles ayant reçu la vignette sans psychodiagnostic. Cependant, un effet d'interaction qui tend vers le significatif entre la vignette reçue et la présence ou non d'un psychodiagnostic a pu être mis en évidence pour l'évaluation de la compétence. En effet, les personnes portant un autre psychodiagnostic que celui de la bipolarité considèreraient davantage la personne diagnostiquée bipolaire comme compétente par rapport à la personne qui manifestait les symptômes du trouble.

Ainsi, alors que selon Link et Phelan (2001), l'étiquetage est censé simplifier la compréhension d'une personne, les résultats de cette étude n'ont pas permis de confirmer un réel lien entre des attitudes plus stigmatisantes et la pose d'un psychodiagnostic sur la personne évaluée. Celui-ci pose donc question quant à son utilité dans le processus de stigmatisation. Dès lors nous pouvons émettre l'hypothèse qu'une personne fonderait davantage ses évaluations sur l'histoire de vie de la personne que sur le psychodiagnostic attribué et que le diagnostic de bipolarité ne jouerait pas de rôle significatif dans la formation d'attitudes.

Cette différence non significative pourrait s'expliquer par le fait qu'une grande majorité de l'échantillon avaient déjà entendu parler du trouble bipolaire et pouvaient facilement inférer la présence du trouble dans la vignette sans psychodiagnostic. Il aurait dès lors été préférable d'effectuer cette manipulation sur une population de personnes n'ayant jamais entendu parler du trouble. Dans cette enquête, seul 2.4% de l'échantillon n'étaient pas familiers au trouble bipolaire. Parmi ces 4 personnes non familières à la bipolarité, une seule personne avait reçu la vignette avec psychodiagnostic. L'échantillon étant trop petit, il était impossible d'avancer un quelconque effet de la connaissance du trouble sur les différentes vignettes.

*3.1.3. Hypothèse 3 : influence du niveau d'auto-stigmatisation des personnes vivant avec un trouble bipolaire sur les attitudes stigmatisantes à l'égard d'une personne présentant le même trouble.*

Pour finir, plusieurs auteurs ont cherché à mettre en évidence le phénomène d'auto-stigmatisation au sein des personnes vivant avec un trouble bipolaire (p.ex. Hawke, Parikh & Michalak, 2013 ; Vázquez et al., 2011 ; Cerit, Filzier, Tural & Turfan, 2012 etc.) et en ont conclu que ce processus d'intégration des stéréotypes était plus que présent chez ces personnes. A contrario, la moyenne du niveau d'auto-stigmatisation chez les participants diagnostiqués bipolaire de cette étude était élevée de 2.026 ( $M = 2.026$ ,  $SD = .51$ ). Ce score inférieur au milieu de l'échelle (2.5) laisserait donc comprendre que les participants de cet échantillon avaient un niveau d'auto-stigmatisation relativement faible. Ceci pourrait éventuellement être expliqué par le moyen de diffusion de l'enquête. En effet, cette enquête a été diffusée par le biais d'un réseau de groupe de parole pour personnes vivant avec un trouble bipolaire et a donc ciblé principalement des personnes en ambulatoire et en rémission.

Nous avons émis l'hypothèse que les personnes ayant davantage intégré les stéréotypes et préjugés à l'encontre de leur psychopathologie auraient tendance à stigmatiser de manière plus négative une autre personne présentant le même trouble. Les analyses de corrélations ont uniquement permis de confirmer l'hypothèse pour la discrimination. Les personnes diagnostiquées bipolaires ayant un haut niveau d'auto-stigmatisation auraient dès lors davantage tendance à discriminer une personne présentant le même trouble qu'elles. En effet, celles-ci souhaitaient moins vouloir interagir avec une autre personne présentant le même trouble que les personnes avec un niveau d'auto-stigmatisation plus faible.

Nous avons souhaité apporter des explications supplémentaires à l'intégration de la stigmatisation en investiguant un éventuel effet de l'âge. Les résultats ont mis en évidence que le niveau d'auto-stigmatisation était inversement proportionnel à l'âge mais qu'il n'était pas influencé par le nombre d'années vécues avec un diagnostic de bipolarité. Nous pouvons émettre l'hypothèses que les personnes plus jeunes auraient tendance à voir le diagnostic comme quelque chose qui gâcherait le reste de leur vie alors qu'une personne plus âgée pourrait davantage le percevoir comme quelque chose qui apporterait une signification différente à leur vécu, comme le suggéraient Michalak et ses collègues dans leur étude qualitative sur l'effet du psychodiagnostic sur la personne diagnostiquée bipolaire (Michalak et al., 2011).



Ensuite, nous avons également cherché à comprendre quelles aides pourraient avoir un effet significatif sur le niveau d'auto-stigmatisation d'une personne présentant un trouble bipolaire. Les résultats ont démontré que la plupart des aides proposées au patient (psychothérapie, groupe de parole, psychoéducation et hospitalisation) n'avaient pas d'effet sur le niveau d'auto-stigmatisation. La seule aide qui effectuait un effet significatif était le suivi psychiatrique. Cependant, celui-ci s'est avéré être un facteur explicatif d'un niveau d'auto-stigmatisation plus élevé, ce qui n'a pas permis de confirmer l'hypothèse avancée. En effet, les personnes suivies médicalement avaient un score d'auto-stigmatisation significativement plus élevé que les personnes non suivies. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les personnes qui ne bénéficiaient pas d'un suivi psychiatrique étaient soit des personnes en phase de stabilisation, soit des personnes qui avaient des manifestations du trouble moindres. Le niveau d'auto-stigmatisation pourrait dès lors ne pas être l'effet mais la cause du suivi psychiatrique. De plus, chaque aide a été évaluée séparément, sans prendre en considération que certaines pouvaient se compléter et effectuer ensemble un effet significatif sur le niveau d'auto-stigmatisation (e.g., suivi psychiatrique et suivi psychothérapeutique). Ces résultats sont dès lors à interpréter avec précaution et ne signifient en rien que les aides évoquées n'ont aucun effet sur le niveau d'auto-stigmatisation ou sur le bien-être de la personne.

### 3.2. Limites de l'étude

Malgré notre volonté de créer l'étude la plus fiable et fidèle possible, les résultats présentés ci-dessus doivent être nuancés car quelques biais de sélection et de méthodologie peuvent être relevés.

Premièrement, la sélection des participants a été réalisée à l'aide de partages sur les réseaux sociaux ainsi que par la diffusion au sein des réseaux de santé mentale. Le principal partenaire de cette étude étant un groupe de parole pour personnes présentant un trouble bipolaire « Le Funambule », cette enquête s'est principalement diffusée au sein d'une population de personnes en rémission ou en phase de stabilisation. Ceci pourrait expliquer le niveau assez faible d'auto-stigmatisation de notre échantillon et pourrait, de ce fait, ne pas être représentatif de la population générale de personnes vivant avec un trouble bipolaire. Au niveau de l'exogroupe, l'enquête a été partagée sur les réseaux sociaux mais l'échantillon récolté avait une moyenne d'âge relativement jeune avec un statut socio-économique élevé et un niveau d'étude supérieur à la moyenne générale. Dès

lors, les participants pouvaient présenter une ouverture d'esprit et un niveau de stigmatisation plus faible que la population générale.

Ensuite, les analyses de fidélité des échelles ont mis en évidence un léger problème de cohérence interne pour l'échelle « attitudes cognitives ». Une analyse en composante principale a révélé deux facteurs distincts au sein de l'échelle. Ceux-ci ne présentant pas une cohérence interne suffisante pour pouvoir être analysés séparément, nous avons décidé de garder l'échelle telle quelle. Cependant, un léger biais de fidélité reste à prendre en considération.

De plus, il est important de préciser que les échelles étaient initialement rédigées en anglais et que nous avons fait appel à une traductrice afin que la traduction soit la plus fidèle aux échelles initiales. Un biais de traduction n'est toutefois pas à exclure. En effet, certains participants ont rapporté avoir eu quelques difficultés à répondre à certaines questions jugées trop floues. La principale critique rapportée par les participants concernait la discrimination. Dans la rubrique « commentaire », trois participants ont rapporté avoir eu des difficultés à comprendre les consignes de cette section (« Imaginez être amené(e) à côtoyer Madame X et veuillez juger la probabilité des réactions comportementales que vous pourriez avoir face à cette dame allant de " Je ne le ferais sûrement pas "(0) à " Je le ferais sans hésiter " (4)). Pour certains, il était compliqué d'imaginer entrer en interaction avec cette femme qu'ils ne connaissaient pas assez pour juger la situation. D'autres participants ont également rapporté avoir eu quelques difficultés à compléter le questionnaire le plus sincèrement possible et ont avoué avoir été tentés de répondre de manière désirable. Ce biais d'approbation aurait pu être préalablement contrôlé par exemple à l'aide de la *Eysenck-Personality Inventori* (2015).

Concernant les résultats de la deuxième hypothèse liée aux vignettes attribuées, l'absence d'effet pouvait être expliquée par un manque de contraste entre les deux vignettes. En effet, la grande majorité des participants avaient déjà entendu parler du trouble bipolaire et n'ont donc sûrement pas eu de difficultés à inférer la présence de ce trouble dans l'histoire de vie de Madame X.

Pour finir, nous avons conscience que certaines questions de l'enquête pouvaient être inconfortables. Nous ne souhaitons en aucun cas provoquer de l'inconfort auprès des participants mais il se pourrait que pour certains, les questions sur l'auto-stigmatisation aient été plus compliquées à compléter que pour d'autres. Le psychodiagnostic reste une étiquette qu'il convient de s'approprier à l'aide d'un long processus d'acceptation. Loin de nous l'idée de vouloir rappeler à la personne

diagnostiquée tous les stéréotypes et préjugés à son encontre. Cette enquête s'inscrivant dans une étude à mi-chemin entre la psychologie sociale et la psychologie clinique, le but de celle-ci était davantage de comprendre comment se formaient les différentes attitudes et quels facteurs pouvaient éventuellement les modifier.

### 3.3. Ouvertures et orientations vers d'autres recherches

Les études concernant la bipolarité restent fort restreintes et peu diversifiées. L'objectif principal était de comprendre le positionnement des participants face au psychodiagnostic posé, qu'ils soient concernés par la psychopathologie ou non. Pour ce faire, nous avons décidé de comparer un exogroupe et un endogroupe différent uniquement par un diagnostic de bipolarité. Néanmoins, la méthode utilisée pourrait faire l'objet d'études sur de nombreuses psychopathologies et aboutir ainsi à une méta-analyse à propos des effets du psychodiagnostic sur la stigmatisation publique et sur l'auto-stigmatisation. Les résultats pourraient ainsi aider à comprendre les attitudes à l'égard de personnes présentant une quelconque difficulté psychologique.

Les résultats de cette étude ont également pointé l'influence du psychodiagnostic et de la familiarité avec le trouble concernant les préjugés. Il pourrait également être intéressant de réaliser les mêmes manipulations statistiques en comparant d'une part les personnes « concernées par une psychopathologie » (psychodiagnostic quelconque, ou proche vivant avec une psychopathologie) et d'autre part les personnes lambdas n'étant pas en lien avec une psychopathologie. Ainsi, cette étude permettrait de comparer un endogroupe d'un exogroupe en prenant en compte d'autres critères plus vastes.

Au niveau des participants présentant un trouble bipolaire, nous étions bien conscients que les réponses pouvaient différer en fonction de leur état thymique. Les réponses de ceux-ci pouvaient être influencées par la phase dans laquelle ils se trouvaient lors de la complétion du questionnaire. Cependant, contrôler par auto-évaluation l'état thymique d'une personne vivant avec un trouble bipolaire reste très compliqué, voire impossible pour certaines personnes vivant avec ce trouble. Il aurait néanmoins été intéressant de demander un diagnostic précis de bipolarité (type I, type II, cyclothymie, etc.) afin de contrôler un éventuel lien entre l'auto-stigmatisation et les différents diagnostics. La même étude pourrait également être effectuée sur une population de personnes hospitalisées tout en contrôlant l'état thymique de la personne afin d'évaluer un éventuel effet de l'humeur sur l'auto-stigmatisation chez les personnes présentant un trouble bipolaire.

Finalement, il conviendrait d'effectuer la même étude sur une population de personnes plus variée en âge, en statut économique et en statut professionnel afin de récolter davantage de réponses de personnes n'ayant jamais entendu parler du trouble. Les analyses descriptives ont révélé que les personnes n'ayant jamais entendu parler du trouble étaient relativement jeunes (âgées entre 19 et 25 ans). Dès lors, peut-être serait-il intéressant d'ouvrir l'enquête à des mineurs d'âge afin de récolter une population plus variée. En effet, l'influence du psychodiagnostic posé sur la personne évaluée pourrait être plus probant sur une population moins familière à la bipolarité.



## 5. Conclusion

Ce mémoire souhaitait avant tout s'inscrire dans une dialectique conceptuelle du trouble bipolaire et investiguer les représentations sociales de celui-ci, aussi bien au niveau intra-individuel qu'inter-individuel. Ces dix dernières années, ce trouble a fait beaucoup parler de lui dans les médias, si bien que seules quatre personnes de l'échantillon récolté n'avaient jamais entendu parler de la bipolarité et plus de la moitié des participants connaissaient personnellement une personne vivant avec un trouble bipolaire. De ce fait, la population lambda s'est familiarisée à la bipolarité, et stigmatiseraient de manière presque identique aux personnes diagnostiquées bipolaires une autre personne présentant ce trouble. La seule différence mise en évidence se situait au niveau des préjugés mais pouvait uniquement être vérifiée chez les personnes ne connaissant pas de proche vivant avec un trouble bipolaire et chez les personnes n'ayant aucun psychodiagnostic.

L'effet du psychodiagnostic posé sur la personne évaluée n'a pu être vérifié sur aucune des dimensions de la stigmatisation. Les participants évalueraient de la même manière une personne diagnostiquée bipolaire qu'une personne présentant les symptômes du trouble. Le rôle de la labellisation et du psychodiagnostic pose dès lors question dans le processus de stigmatisation.

Cette étude a également permis de conclure que le niveau d'auto-stigmatisation des personnes présentant un trouble bipolaire était inférieur à la moyenne théorique mais que plus une personne s'auto-stigmatise, plus elle aurait tendance à discriminer une autre personne présentant le même trouble qu'elle. Ce niveau d'auto-stigmatisation serait directement corrélé à l'âge de la personne indépendamment du nombre d'années vécues avec la maladie. Plus une personne est jeune, plus elle aurait tendance à s'auto-stigmatiser.



## 1. Bibliographie

- Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*(3), 163-179. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: Effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *108*, 304–309.
- Angermeyer, M. C., Carta, M. G., Holzinger, A., & Matschinger, H. (2018). The diffusion of the diagnostic term bipolar disorder among the german public. *Psychiatry Research*, *260*, 75-77. doi:10.1016/j.psychres.2017.11.047
- Arlington, Va., American psychiatric association, c2013. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5 / American psychiatric association* (5th ed.).
- Aydemir, O. (2013). The impact of self-stigmatization on functioning in bipolar disorder. doi:10.5455/jmood.20130915115818
- Aydemir, Ö., Akkaya, C. (2011). Association of social anxiety with stigmatisation and low self-esteem in remitted bipolar patients. *Acta Neuropsychiatrica* *23*, 224–228.
- Benazzi, F. (2004). Inter-episode mood lability in mood disorders: residual symptom or natural course of illness? *Psychiatry and Clinical Neurosciences* *58*, 480–486.
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., Thornicroft, G., & GAMIAN-Europe Study Group. (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 european countries: The GAMIAN-europe



study. *Schizophrenia Research*, 122(1), 232-238.

doi:10.1016/j.schres.2010.02.1065

Cerit, C., Filizer, A., Tural, U., Tufan, A.E. (2012). Stigma: a core factor on predicting functionality in bipolar disorder.

Chan, D., & Sireling, L. (2010). 'I want to be bipolar'. a new phenomenon. *The Psychiatrist*, 34(3), 103-105. doi:10.1192/pb.bp.108.022129 *Comprehensive Psychiatry* 53, 484–489.

Corrigan PW, Larson JE, Rusch N. (2009). Self-stigma and the «why try» effect : Impact on life goals and evidencebased practices. *World Psychiatry*, 8, 75-81.

Corrigan PW, Watson AC. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* ;1:16-20.

Day, E.N., Edgren, K., Eshleman, A. (2007). Measuring stigma toward mental illness: development and application of the Mental Illness Stigma scale. *Journal of Applied Social Psychology* 37, 2191–2219.

Ernoul, A., Mouselier, A., Dubois de Prisque, G., Poussevin, C., Roquelaure, Y., Duverger, P., & Garré, J. (2014). Considération critique sur l'extension de la bipolarité, psychopathologie des mouvements d'humeur et de l'euphorie morbide. *Annales Médico-Psychologiques*, 172(8), 599-605.  
doi:10.1016/j.amp.2013.06.016

Elgie, R., & Morselli, P. L. (2007). Social functioning in bipolar patients: The perception and perspective of patients, relatives and advocacy organizations a review. *Oxford, UK: Blackwell Publishing*. doi:10.1111/j.1399-5618.2007.00339.x

Eysenck personality inventory (2015). (4th ed.) *Oxford University Press*.

- Fiske, S. T., Cuddy, A. J. C., Glick, P., & Xu, J. (2002). Competence and Warmth Scales [Database record]. Retrieved from *PsycTESTS*. doi: <https://dx.doi.org/10.1037/t35954-000>
- Fiske, S. T., Cuddy, A. J., & Glick, P. (2007). Universal dimensions of social cognition: warmth and competence. *Trends in Cognitive Sciences*, 11(2), 77-83. doi:10.1016/j.tics.2006.11.005
- Fiske, S. T., Leyens, J., & Provost, V. (2008). *Psychologie sociale*. Bruxelles: De Boeck.
- Fromentin, C. (2014). Deux représentations sociales des troubles bipolaires. *Perspectives Psy*, 53(4), 320-325. doi:10.1051/ppsy/2014534320
- Goffman, E., & Kihm, A. (1975). *stigmaté*. Paris: Éd. de Minuit.
- Hogg, M. A. (2000). Subjective uncertainty reduction through self-categorization: A motivational theory of social identity processes. *European Review of Social Psychology*, 11(1), 223-255. doi:10.1080/14792772043000040
- Hovland, C. I., MacGuire, W. J., & Rosenberg, M. J. (1966). Attitude organization and change: An analysis of consistency among attitude components. *New Haven (Conn.): Yale university press*.
- Judd, L.L., Akiskal, H.S. (2003). The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *Journal of Affective Disorders* 73, 123–131.
- Karidi, M. V., Vassilopoulou, D., Savvidou, E., Vitoratou, S., Maillis, A., Rabavilas, A., & Stefanis, C. N. (2015). Bipolar disorder and self-stigma: A comparison with schizophrenia. *Journal of Affective Disorders*, 184, 209-215. doi:10.1016/j.jad.2015.05.038

- Lacaze, L. (2008). La théorie de l'étiquetage modifiée, ou l'« analyse stigmatique » revisitée. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 5(1), 183-199.  
doi:10.3917/nrp.005.0183
- Lazowski, L., Koller, M., Stuart, H., Milev, R. (2012). Stigma and discrimination in people suffering with a mood disorder: a cross-sectional study. *Depression Research and Treatment*, 9.
- Levy B, Tsoy E, Brodt M, et al. (2015). Stigma, social anxiety, and illness severity in bipolar disorder: Implications for treatment. *Ann Clin Psychiatry*, 27, 55- 64
- Levy, B., Tsoy, E., Brodt, M., Petrosyan, K., & Malloy, M. (2015). Stigma, social anxiety, and illness severity in bipolar disorder: Implications for treatment. *Annals of Clinical Psychiatry : Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 27(1), 55.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363-385. doi:10.1146/annurev.soc.27.1.363
- Link, B.G. (1987). « Understanding labelling effects in the area of mental disorders : an assessment of the effects of expectations of rejection », *American Sociological Review*, 52, 96-112.
- Link, B.G., Phelan, J.C., Bresnahan, M., Stueve, A., Pescosolido, B.A.(1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health* 89, 1328–1333.
- Mei, P., Wong, S., & Furnham, A. (2012). Mental health literacy: A cross-cultural study from Britain, Hong Kong and Malaysia. *Asia-Pacific Psychiatry*, 4(2), 113-125.  
doi:10.1111/j.1758-5872.2012.00198.x
- M.C, A., & H, M. (2003). The stigma of mental illness: Effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(4), 304-309. doi:10.1034/j.1600-0447.2003.00150.x

- Michalak EE, Yatham LN, Maxwell V, et al. (2007). The impact of bipolar disorder upon work functioning: A qualitative analysis. *Bipolar Disord*, 9, 126-43.
- Michalak, E.E., Livingston, J.D., Hole, R., Suto, M., Hale, S., Haddock, C. (2011). It's something that I manage but it is not who I am: reflections on internalized stigma in individuals with bipolar disorder. *Chronic Illness*, 7, 209–224.
- Michalak, E.E., Yatham, L.N., Kolesar, S., Lam, R.W. (2006). Bipolar disorder and quality of life: a patient-centered perspective. *Quality of Life Research*, 15, 25–37.
- Michalak, E.E., Yatham, L.N., Maxwell, V., Hale, S., Lam, R.W. (2007). The impact of bipolar disorder upon work functioning: a qualitative analysis. *Bipolar Disorders*, 9, 126–143.
- Norman, R. M. G., Windell, D., & Manchanda, R. (2012). Bogardus Social Distance Scale--Adapted [Database record]. Retrieved from PsycTESTS. doi: <https://dx.doi.org/10.1037/t35129-000>
- Perlick, D.A., Rosenheck, R.A., Clarkin, J.F., Sirey, J.A., Salahi, J., Struening, E.L., Link, B. G. (2001). Stigma as a barrier to recovery: adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatric Services*, 52, 1627–1632.
- P.L, M., R, E., & GAMIAN-Europe. (2003). GAMIAN-europe /BEAM survey I - global analysis of a patient questionnaire circulated to 3450 members of 12 european advocacy groups operating in the field of mood disorders. *Bipolar Disorders*, 5(4), 265-278. doi:10.1034/j.1399-5618.2003.00037.x
- Proudfoot, J.G., Parker, G.B., Benoit, M., Manicavasagar, V., Smith, M., Gayed, A.(2009). What happens after diagnosis? Understanding the experiences of patients with newly-diagnosed bipolar disorder. *Health Expectations* 12, 120–129.

- Quintin P, Klein P, Carriere P, Narboni V. (2001). L'image de la schizophrénie et des schizophrènes auprès du grand public. *Nervure*, 14(9), 16–9. (Quintin, Klein, Carriere, & Narboni, 2001)
- Richard-Lepouriel, H. (2017). Trouble bipolaire, auto-stigmatisation et restructuration cognitive: Une première tentative de prise en charge. *Journal De Therapie Comportementale Et Cognitive*, 27(4), 177-183. doi:10.1016/j.jtcc.2017.06.003
- Ritsher, J.B., Otilingam, P.G., Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research* 121, 31–49.
- Samson E. (2009). Passons à l'action : lutte contre la stigmatisation et la discrimination : rapport présenté à la Commission de la santé mentale du Canada par Neasa Martine et Valérie Johnston de Neasa Martin & Associates : résumé. *Le partenaire*, 18, 18-22.
- Schaffer, A., Cairney, J., Cheung, A., Veldhuizen, S., Levitt, A. (2006). Community survey of bipolar disorder in Canada: lifetime prevalence and illness characteristics. *Canadian Journal of Psychiatry* 51, 9–16.
- Stip, E., Caron, J., Mancini-Marie, A. (2006). General population perceptions and attitudes towards schizophrenia and bipolar disorder. *Primary Care & Community Psychiatry*, 11, 157–165.
- Suto, M., Livingston, J.D., Hole, R., Lapsley, S., Hale, S., Michalak, E. (2012). 'Stigma Shrinks my Bubble': a qualitative study of understandings and experiences of stigma and bipolar disorder. *Stigma Research and Action* 2, 85–92.
- Ustundag MF, Kesebir S. (2013). Internalized Stigmatization in Bipolar Patients: Relationship with Clinical Properties, Quality of Life and Treatment Compliance. *Turkish Journal of Psychiatry*.

Vázquez, G.H., Kapczinski, F., Magalhaes, P.V., Córdoba, R., Jaramillo, C.L., Rosa, A.R., de Carmona, M.S., Tohen, M. (2011). Stigma and functioning in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 130, 323–327.

Wolkenstein, L., & Meyer, T. D. (2009). Cognitive Reactions Measure [Database record]. Retrieved from *PsycTESTS*. doi: <https://dx.doi.org/10.1037/t17299-000>

Wolkenstein, L., & Meyer, T. D. (2009). Emotional Reactions Measure [Database record]. Retrieved from *PsycTESTS*. doi: <https://dx.doi.org/10.1037/t16694-000>

Wolkenstein, L., Meyer, T.D. (2009). What factors influence attitudes towards people with current depression and current mania? *International Journal of Social Psychiatry*, 55, 124–140.



## 2. Annexe : questionnaire Qualtrics

---

### Début de bloc: Introduction

Q1 Bonjour, Dans le cadre de mon mémoire supervisé par la Professeure Emmanuelle Zech en psychologie clinique à l'UCLouvain, je réalise une enquête portant sur la formation d'attitudes face à une personne présentant des difficultés psychologiques. Afin de comprendre plus en profondeur ce processus, je vous invite à répondre à ce questionnaire qui ne devrait pas vous prendre plus de 20 minutes.

Merci d'avance pour votre participation

### Fin de bloc: Introduction

---

### Début de bloc: Confidentialité et informations

Q2 Votre participation à cette enquête est entièrement volontaire et vous avez le droit de refuser d'y participer. Vous avez également le droit de vous retirer de l'enquête à tout moment, sans en préciser la raison, même après avoir signé le formulaire de consentement. Vous n'aurez pas à fournir de raison au retrait de votre consentement à participer ; toutefois, les données collectées jusqu'à l'arrêt de la participation à l'enquête font partie intégrante de celle-ci. Votre refus de participer à cette enquête n'entraînera pour vous aucune pénalité ni perte d'avantages.

-----

Q3 Si vous ou vos ayants droit (famille) subissez un dommage lié à cette enquête, ce dommage sera indemnisé par le promoteur de l'étude conformément à la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine du 7 mai 2004. Vous ne devez prouver la faute de quiconque.

-----

Q4 Votre identité et votre participation à cette enquête demeureront strictement anonymes et confidentielles. Vous ne serez pas identifié(e) par votre nom ni d'aucune autre manière reconnaissable dans aucun des dossiers, résultats ou publications en rapport avec l'étude. La



protection des données personnelles est assurée par la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée et par les réglementations européennes (réglementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) et belges en vigueur. Ces droits sont également garantis par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. Selon le RGPD, vous disposez d'un droit de regard sur le traitement de vos données. Si vous avez des questions à ce sujet, vous pouvez contacter le responsable de la protection des données du centre d'étude à l'adresse suivante : [privacy@uclouvain.be](mailto:privacy@uclouvain.be).

---

Q5 Cette enquête est évaluée par un comité d'éthique indépendant, à savoir le Comité d'Éthique Hospitalo Facultaire de Saint-Luc- Uclouvain. Si vous estimez avoir subi un dommage lié à l'enquête ou si vous avez des questions, voulez donner un avis ou exprimer des craintes à propos de l'expérimentation ou à propos de vos droits, maintenant, durant ou après votre participation, vous pouvez me contacter à l'adresse suivante : [sarah.louis@student.uclouvain.be](mailto:sarah.louis@student.uclouvain.be)

---

Q38 Si vous souhaitez davantage d'informations concernant la confidentialité et le consentement éclairé, veuillez télécharger le document ci-joint

---

Q6 « J'accepte que les résultats de cette étude soient communiqués à des fins scientifiques en respectant l'anonymat et je consens volontairement et librement à participer à ce projet de recherche »

Oui (1)

Non (2)

*Passer à : Fin de l'enquête Si « J'accepte que les résultats de cette étude soient communiqués à des fins scientifiques en resp... = Non*

**Fin de bloc: Confidentialité et informations**

---

**Début de bloc: Consignes**

Q7 Comme dit précédemment, mon mémoire porte sur les formations d'attitudes face à une personne présentant des difficultés psychologiques. Si vous souhaitez participer à cette enquête, nous vous demanderons premièrement de répondre à quelques questions avant de lire la description de l'histoire de vie d'une personne fictive pour ensuite évaluer cette personne. Votre contribution à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients, si ce n'est une

vingtaine de minutes de votre temps. Les seules conditions nécessaires à la participation de cette enquête sont de parler couramment le français et d'être majeur d'âge (18+).

**Fin de bloc: Consignes**

---

**Début de bloc: Données démographiques**

Q8 Votre sexe

- Homme (1)
  - Femme (2)
- 

Q9 Quel âge avez-vous? (sélectionnez votre âge)

▼ 18 (1) ... 86 (69)

-----

Q10 Quel est votre niveau d'étude ?

- Enseignement primaire (1)
  - Enseignement secondaire inférieur (2)
  - Enseignement secondaire supérieur (3)
  - Enseignement supérieur (Haute école/ Université) (4)
  - 3e cycle/doctorat (5)
-

Q11 Quelle est votre nationalité ?

- Belge (5)
  - Française (6)
  - Autre (spécifiez) (7) \_\_\_\_\_
- 

Q12 Quel est votre statut professionnel?

- Employé(e) (1)
- Indépendant(e) (2)
- Ouvrier/ouvrière (3)
- Cadre (4)
- Fonctionnaire (5)
- Etudiant(e) (6)
- Sans emploi (7)
- Retraité(e) (8)
- Autre (spécifiez) (9) \_\_\_\_\_

Q13 J'ai eu connaissance de cette enquête via:

- Réseaux sociaux (1)
- Amis/connaissances/famille (2)
- Newsletter du groupe de parole "le Funambule" (3)
- Forum (4)
- Autre (spécifiez) (5) \_\_\_\_\_

**Fin de bloc: Données démographiques**

---

**Début de bloc: Consigne vignette clinique**

Q14 Nous allons vous présenter une brève description de l'histoire de vie de madame X. Celle-ci est fictive et toute ressemblance avec une personne existante ou ayant existé est purement fortuite. Nous vous invitons à lire ce texte attentivement avant de répondre aux questions suivantes.

**Fin de bloc: Consigne vignette clinique**

---

**Début de bloc: Vignette clinique 1**

Q15 Madame X a 33 ans et a été diagnostiquée bipolaire il y a 5 ans. Après avoir terminé ses études de marketing, elle tombe dans une grosse dépression qui a duré plus de 2 ans. Elle n'osait plus sortir de chez elle et n'importe quelle petite tâche quotidienne nécessitait beaucoup d'énergie et de planification. Il lui a fallu beaucoup de temps avant de se décider à aller voir un psychiatre. C'est sa maman qui l'a poussée à consulter après l'avoir retrouvée complètement amorphe et en malnutrition dans son studio.

Un mois après avoir pris son premier antidépresseur, Madame X se sent beaucoup mieux. Elle décide d'ouvrir un magasin de vêtements dans lequel elle a dépensé toutes ses économies. Alors que ce magasin commence à bien fonctionner, Madame X disparaît du jour au lendemain et décide de partir en Afrique en voyage humanitaire. Ses employés et sa famille n'ont eu aucune nouvelle d'elle pendant 2 ans, mis à part une petite note sur un post-it sur lequel était écrit: « J'ai besoin de me sentir utile, je vous laisse gérer le magasin ». En Afrique, Madame X décide d'épouser un Nigérien pour l'aider à obtenir ses papiers dans le but de le faire venir en Belgique.

A son retour, elle apprend que sa mère est décédée d'un cancer et elle commence à noyer sa tristesse dans l'alcool et dans les sorties avec ses amies. Elle retombe en dépression sévère pendant plus d'un an et essaie tant bien que mal de s'en sortir financièrement après la faillite de son magasin. Elle dépense en 6 mois l'intégralité de l'héritage de sa mère et verse tout son

argent dans des œuvres caritatives en Afrique.

Elle décide alors de reconsulter son psychiatre qui lui prescrit du lithium (régulateur de l'humeur) en plus de ses antidépresseurs. Au début de ce traitement, Madame X supporte très mal le médicament, ne se reconnaît plus et a pris 20 kilos en l'espace de 6 mois. Elle n'est pas régulière dans la prise de son traitement, ce qui a engendré de nombreuses crises maniaques et dépressives à répétition (cyclothymie). Elle a également eu des problèmes avec la justice suite à des altercations avec son mari. L'année suivante, Madame X apprend qu'elle est enceinte et décide d'avorter car elle se sent trop instable pour assumer une grossesse. Elle retombe alors dans une grosse dépression et décide de divorcer. Elle est désormais internée dans un centre hospitalier et redoute déjà le moment où elle pourra en sortir.

#### Fin de bloc: Vignette clinique 1

---

#### Début de bloc: Vignette clinique 2

Q16 Après avoir terminé ses études de marketing, Madame X, 33 ans, est tombée dans une grosse dépression qui a duré plus de 2 ans. Elle n'osait plus sortir de chez elle et n'importe quelle petite tâche quotidienne nécessitait beaucoup d'énergie et de planification. Il lui a fallu beaucoup de temps avant de se décider à aller voir un psychiatre. C'est sa maman qui l'a poussée à consulter après l'avoir retrouvée complètement amorphe et en malnutrition dans son studio.

Un mois après avoir pris son premier antidépresseur, Madame X se sent beaucoup mieux. Elle décide d'ouvrir un magasin de vêtements dans lequel elle a dépensé toutes ses économies. Alors que ce magasin commence à bien fonctionner, Madame X décide de partir en Afrique en voyage humanitaire et disparaît du jour au lendemain. Ses employés et sa famille n'ont plus eu aucune nouvelle d'elle pendant 2 ans, mis à part une petite note sur un post-it sur lequel était écrit: « J'ai besoin de me sentir utile, je vous laisse gérer le magasin ». En Afrique, Madame X décide d'épouser un Nigérien pour l'aider à obtenir ses papiers dans le but de le faire venir en Belgique.

A son retour, elle apprend que sa mère est décédée d'un cancer et elle commence à noyer sa tristesse dans l'alcool et dans les sorties avec ses amies. Elle retombe en dépression sévère pendant plus d'un an et essaie tant bien que mal de s'en sortir financièrement après la faillite de son magasin. Elle dépense en 6 mois l'intégralité de l'héritage de sa mère et verse tout son argent dans des œuvres caritatives en Afrique.

Elle décide alors de reconsulter son psychiatre qui lui prescrit un nouveau traitement. Au début de ce traitement, Madame X supporte très mal le médicament, ne se reconnaît plus et prend 20 kilos en l'espace de 6 mois. Elle a également eu des problèmes avec la justice suite à des altercations avec son mari. Peu après, Madame X apprend qu'elle est enceinte et décide d'avorter car elle se sent trop instable pour assumer une grossesse. Elle retombe alors dans une grosse dépression et décide de divorcer. Elle est désormais internée dans un centre hospitalier et redoute déjà le moment où elle pourra en sortir.

Q17 Maintenant que vous connaissez l'histoire de vie de Madame X, veuillez répondre aux affirmations suivantes. Veuillez cocher la réponse qui correspond le mieux à votre degré d'accord ou de désaccord avec l'affirmation.

	Pas du tout d'accord (1)	Plutôt en désaccord (2)	Ni d'accord, ni en désaccord (3)	Plutôt d'accord (4)	Tout à fait d'accord (5)
J'évalue cette personne comme étant tolérante (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'évalue cette personne comme étant chaleureuse (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'évalue cette personne comme étant aimable (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'évalue cette personne comme étant sincère (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'évalue cette personne comme étant confiante (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'évalue cette personne comme étant indépendante (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'évalue cette personne comme étant compétitive (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'évalue cette personne comme étant compétente (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'évalue cette personne comme étant intelligente (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q18 Veuillez cocher la réponse qui correspond le mieux à votre degré d'accord ou de désaccord avec l'affirmation.

	Pas du tout d'accord (1)	Plutôt en désaccord (2)	Ni d'accord, ni en désaccord (3)	Plutôt d'accord (4)	Tout à fait d'accord (5)
Je me fais du souci pour cette personne (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je souhaite aider cette personne (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'éprouve de la pitié pour cette personne (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis consterné(e) par cette personne (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis mal à l'aise pour cette personne (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'éprouve de l'insécurité face à cette personne (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je désire me mettre à l'écart de cette personne (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'éprouve de la peur face à cette personne (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'éprouve du dégoût pour cette personne (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Je suis agacé(e) face aux comportements de cette personne (10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je ne comprends pas cette personne (11)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je trouve cette personne ridicule (12)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'éprouve de l'embarras, de la gêne face à cette personne (13)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'éprouve de la compassion pour cette personne (14)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

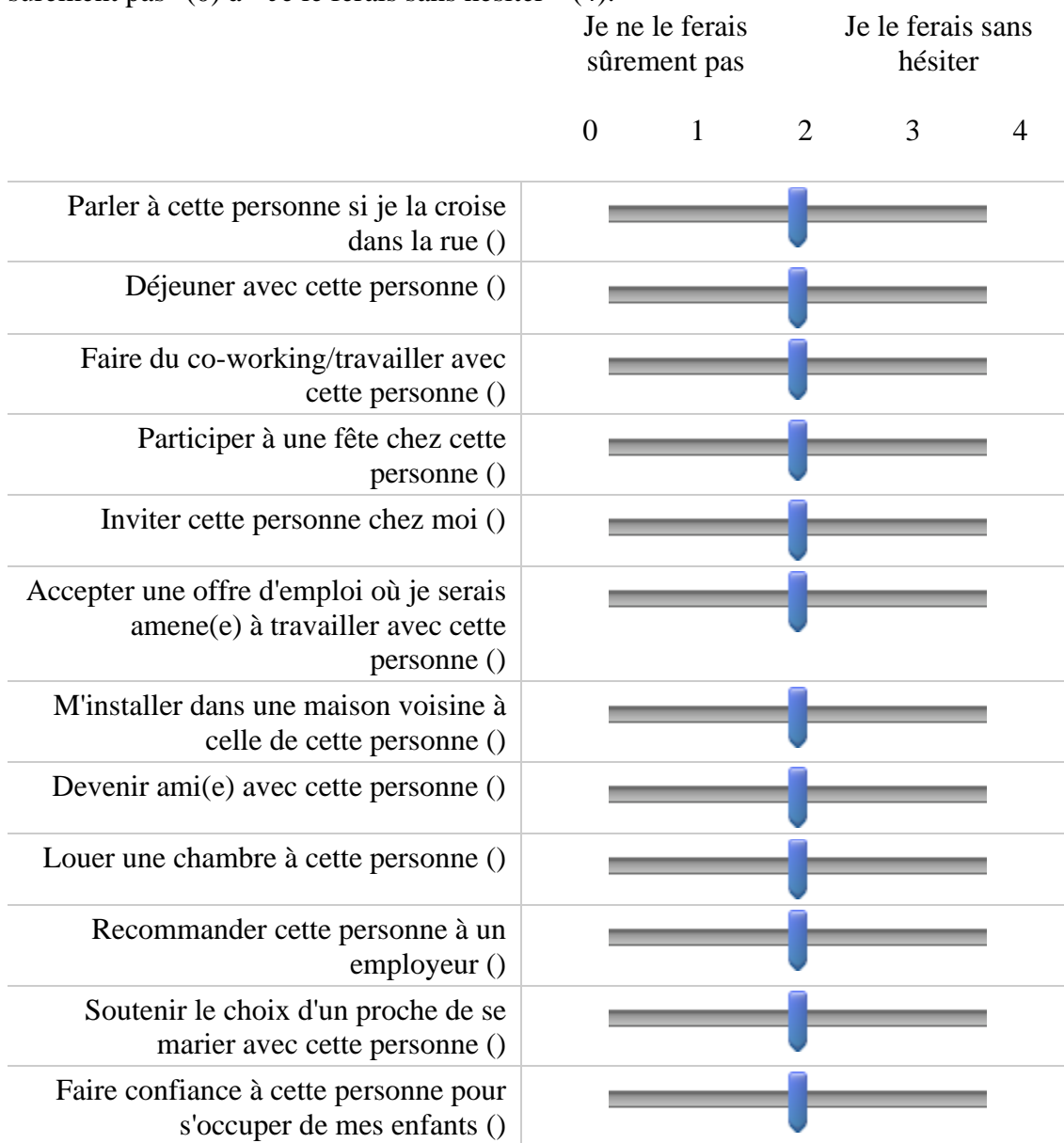
Q19 Veuillez cocher la réponse qui correspond le mieux à votre degré d'accord ou de désaccord avec l'affirmation.

	Pas du tout d'accord (1)	Plutôt en désaccord (2)	Ni d'accord, ni en désaccord (3)	Plutôt d'accord (4)	Tout à fait d'accord (5)
Je pense que cette personne manque de sang-froid (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je pense que cette personne est imprévisible (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je pense que cette personne est dangereuse (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Je pense que cette personne est agressive (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je pense que cette personne est impuissante (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je pense que cette personne est dans le besoin (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je pense que cette personne est dépendante d'autrui (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je pense que cette personne agit bizarrement (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q20 Différentes relations sociales vont vous être désormais présentées. Imaginez être amené(e) à côtoyer Madame X et veuillez juger la probabilité des réactions comportementales que vous pourriez avoir face à cette dame allant de " Je ne le ferais sûrement pas "(0) à " Je le ferais sans hésiter " (4).



Fin de bloc: Formation d'attitudes

Début de bloc: Diagnostic

Q21 Nous allons désormais vous poser quelques questions personnelles.

-----

Q22 Avez-vous reçu un diagnostic de bipolarité

- oui (1)
- non (2)
- 

Q23 Avez vous-reçu un ou d'autre(s) psychodiagnostic(s) que celui de la bipolarité?

- oui (1)
- Non (2)
- 

Afficher cette question :

*If Avez vous-reçu un ou d'autre(s) psychodiagnostic(s) que celui de la bipolarité? = oui*

Q24 Si oui, quel(s) autre(s) psycho-diagnostic(s) avez-vous reçu(s)? (Plusieurs réponses peuvent être cochées)

- Dépression (1)
- trouble anxieux (2)
- Trouble développemental (3)
- Schizophrénie (4)
- Trouble obsessionnel-compulsif (5)
- Trouble lié au traumatisme/stress (6)
- Trouble psychosomatique (7)
- Trouble lié à la toxicomanie et à la dépendance (8)
- Autre (spécifiez (9))
-

Afficher cette question :

*If Avez-vous reçu un diagnostic de bipolarité = non*

Q25 Avez-vous déjà entendu parler du trouble bipolaire?

Oui (1)

Non (2)

Afficher cette question :

*If Avez-vous reçu un diagnostic de bipolarité = non*

*And Avez-vous déjà entendu parler du trouble bipolaire? = Oui*

Q26 Connaissez-vous personnellement une ou plusieurs personnes vivant avec un trouble bipolaire?

Oui (1)

Non (2)

Fin de bloc: Diagnostic

Début de bloc: Questions relatives au diagnostic de bipolarité

Afficher cette question :

*If Avez-vous reçu un diagnostic de bipolarité = oui*

Q27 Veuillez désormais répondre à cette série de questions en lien avec votre diagnostic de bipolarité. Nous sommes conscients que ces questions peuvent être inconfortantes pour certaines personnes. Comme nous ne souhaitons en aucun cas provoquer de l'inconfort chez nos participants, nous vous rappelons que votre collaboration est libre et que vous pouvez décider d'interrompre ce questionnaire à n'importe quel moment, sans justification.

Afficher cette question :

*If Avez-vous reçu un diagnostic de bipolarité = oui*

Q28 A quel âge avez-vous reçu votre diagnostic de bipolarité?

▼ 10 (1) ... 87 (78)

Afficher cette question :

If Avez-vous reçu un diagnostic de bipolarité = oui

Q29 Depuis combien de temps vivez-vous avec ce diagnostic de bipolarité?

- Moins d'un an (1)
- Entre 1 an et 5 ans (2)
- Entre 5 et 10 ans (3)
- Entre 10 et 20 ans (4)
- Plus de 30 ans (5)

Afficher cette question :

If Avez-vous reçu un diagnostic de bipolarité = oui

Q30 Par quel intermédiaire avez-vous reçu votre psycho-diagnostic de trouble bipolaire?

- Psychiatre (1)
  - Médecin généraliste (2)
  - Psychologue/ Psychothérapeute (3)
  - Autre (spécifiez) (4)
- 

Afficher cette question :

If Avez-vous reçu un diagnostic de bipolarité = oui

Q31 De quelles aides bénéficiez-vous actuellement pour vous aider à vivre avec votre trouble bipolaire? (plusieurs réponses peuvent être cochées)

- Suivi psychiatrique (1)
  - Psychothérapie (2)
  - Psycho-éducation (3)
  - Groupe de parole (4)
  - Hospitalisation (5)
  - Autre (spécifiez) (6)
- 

*Afficher cette question :*

*If Avez-vous reçu un diagnostic de bipolarité = oui*

Q32 Les instructions pour les questions qui suivent sont les suivantes : Nous allons utiliser le terme "psycho-diagnostic" dans le reste de ce questionnaire, mais veuillez le considérer comme le terme qui vous semble le plus approprié. Pour chaque question,

veuillez indiquer si vous êtes "Pas du tout d'accord" (1), "en désaccord" (2), "D'accord" (3) ou "entièrement d'accord" (4) avec l'affirmation.

	Pas du tout d'accord (1)	En désaccord (2)	D'accord (3)	Entièrement d'accord (4)
Je ne me sens pas à ma place sur terre, parce que je porte un psycho-diagnostic de bipolarité (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon psycho-diagnostic a gâché ma vie (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les personnes qui ne portent pas de psycho-diagnostic de bipolarité ne peuvent pas me comprendre (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis gêné(e) ou honteux(se) de porter un psycho-diagnostic de bipolarité (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis déçu(e) de moi-même, car je porte un psycho-diagnostic de bipolarité (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens inférieur(e) à ceux ou celles qui ne portent pas de psycho-diagnostic (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Afficher cette question :

*If Avez-vous reçu un diagnostic de bipolarité = oui*

Q33 Pour chaque question, veuillez indiquer si vous êtes "Pas du tout d'accord" (1), "en désaccord" (2), "D'accord" (3) ou "entièrement d'accord" (4) avec l'affirmation.

	Pas du tout d'accord (1)	En désaccord (2)	d'accord (3)	Entièrement d'accord (4)
Les stéréotypes sur les personnes présentant un trouble bipolaire s'appliquent à moi (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les gens peuvent deviner que je porte un diagnostic de bipolarité juste par mon apparence (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les personnes diagnostiquées bipolaires ont tendance à être violentes (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comme je porte un diagnostic de bipolarité, j'ai besoin que d'autres personnes prennent la plupart des décisions à ma place (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les personnes diagnostiquées bipolaires ne peuvent pas mener une vie agréable et épanouie (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Les personnes diagnostiquées bipolaires ne devraient pas se marier (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je ne peux rien apporter à la société parce que j'ai été diagnostiqué bipolaire (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Afficher cette question :

If Avez-vous reçu un diagnostic de bipolarité = oui

Q34 Pour chaque question, veuillez indiquer si vous êtes "Pas du tout d'accord" (1), "en désaccord" (2), "D'accord" (3) ou "entièrement d'accord" (4) avec l'affirmation.

	Pas du tout d'accord (1)	En désaccord (2)	d'accord (3)	Entièrement d'accord (4)
Je suis discriminé(e), car je porte le diagnostic de bipolarité (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Certaines personnes pensent que je ne peux pas faire grand-chose dans la vie parce que je suis atteint(e) d'une maladie mentale (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les gens m'ignorent ou me prennent moins au sérieux simplement car je porte un diagnostic de bipolarité (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<p>Les gens me traitent souvent avec condescendance ou comme un enfant, uniquement parce que je porte un diagnostic de bipolarité (4)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Personne ne souhaite se rapprocher de moi, car je porte un diagnostic de bipolarité (5)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Afficher cette question :

If Avez-vous reçu un diagnostic de bipolarité = oui

Q35 Pour chaque question, veuillez indiquer si vous êtes "Pas du tout d'accord" (1), "en désaccord" (2), "D'accord" (3) ou "entièrement d'accord" (4) avec l'affirmation.

	Pas du tout d'accord (1)	En désaccord (2)	d'accord (3)	Entièrement d'accord (4)
<p>Je ne parle pas beaucoup de moi car je ne veux pas accabler les autres de mon diagnostic (1)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Je ne socialise plus autant qu'avant car mon psycho-diagnostic de bipolarité peut me faire passer pour une personne "bizarre" (2)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Les stéréotypes négatifs sur mon psycho-diagnostic m'isolent du monde "normal" (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me tiens à l'écart des situations sociales afin de protéger ma famille ou mes amis de tout embarras. (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le fait d'être entouré(e) de personnes qui ne portent pas de psycho-diagnostic me donne l'impression de ne pas être à ma place ou d'être inadapté(e). (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'évite de me rapprocher des personnes qui ne portent pas de psycho-diagnostic pour éviter d'être rejeté(e) (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Afficher cette question :

If Avez-vous reçu un diagnostic de bipolarité = oui

Q36 Pour chaque question, veuillez indiquer si vous êtes "Pas du tout d'accord" (1), "en désaccord" (2), "D'accord" (3) ou "entièrement d'accord" (4) avec l'affirmation.

	Pas du tout d'accord (1)	En désaccord (2)	d'accord (3)	Entièrement d'accord (4)
Être vu(e) en public avec une personne visiblement atteinte d'une maladie mentale ne me met pas mal à l'aise. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En général, je suis capable de vivre ma vie comme je le souhaite (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon psychodiagnostic ne m'empêche pas de vivre une vie agréable et épanouie (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les personnes atteintes de maladies mentales contribuent grandement à la société (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vivre avec un diagnostic de bipolarité m'a donné de solides épaules (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fin de bloc: Questions relatives au diagnostic de bipolarité

**Début de bloc: remerciement**

Q37 Nous vous remercions chaleureusement pour votre collaboration et pour le temps que vous avez bien voulu consacrer à cette enquête. Pour rappel, votre identité et votre participation à cette enquête demeureront strictement anonymes et confidentielles. Je reste à votre entière disposition en cas de questions relatives à ce questionnaire via mon adresse mail: sarah.louis@student.uclouvain.be

Vous pouvez également, si vous le souhaitez, laisser un commentaire ou une suggestion dans le cadre prévu ci-dessous.

---

---

---

---

---

**Fin de bloc: remerciement**

---



**Contexte :** Le trouble bipolaire fait actuellement de plus en plus parler de lui. Comme la plupart des maladies mentales, cette psychopathologie fait face à son lot de préjugés, de stéréotypes et d'incompréhensions. Alors que beaucoup d'études se sont intéressées aux facteurs qui influencent la formation d'attitudes face à des personnes présentant une psychopathologie, très peu se sont spécifiquement intéressées à la bipolarité. Aucune d'entre elles n'a cherché à tester les attitudes au sein d'un endogroupe ou le rôle que joue le niveau d'auto-stigmatisation dans cette évaluation.

**Objectifs :** L'objectif principal de ce mémoire est d'approfondir le lien entre la stigmatisation et l'auto-stigmatisation. Il vient questionner les processus sous-jacents à la formation d'attitudes et le rôle que le psychodiagnostic joue dans les stéréotypes, les préjugés et la discrimination à l'égard d'une personne vivant avec un trouble bipolaire. Cette recherche souhaite tester l'influence de trois facteurs sur la stigmatisation au cœur même de l'individu ainsi que dans l'interaction inter-groupe. Ces 3 facteurs investigués sont respectivement l'influence de l'appartenance à l'endogroupe pour l'évaluateur (personnes diagnostiquées bipolaires ou non), la pose d'un diagnostic chez la personne évaluée et le niveau d'auto-stigmatisation sur la formation d'attitudes envers une personne bipolaire.

**Méthode :** Deux vignettes cliniques qui diffèrent uniquement par la présence ou l'absence d'un psychodiagnostic de bipolarité ont été distribuées au sein d'une population de personnes âgées de plus de 18 ans et parlant couramment le français. Cette population a été divisée en deux groupes cliniques distincts : les personnes vivant avec un trouble bipolaire et l'exogroupe. Les attitudes à l'égard de la personne présentée dans la vignette ont été évaluées au sein des deux échantillons. Les facteurs susceptibles d'influencer la formation d'attitudes tels que la présence d'un diagnostic de bipolarité chez le participant, la vignette reçue aléatoirement et le niveau d'auto-stigmatisation de la personne diagnostiquée ont été investigués alors que les informations en lien avec le diagnostic de bipolarité et les différents facteurs démographiques (âge, sexe, statut professionnel et niveau d'étude) ont contrôlés.

**Résultats :** Une différence significative entre l'endogroupe et l'exogroupe a été mise en évidence concernant les préjugés (attitudes émotionnelles). Des analyses approfondies ont révélé que cette différence pouvait se vérifier uniquement entre les personnes diagnostiquées bipolaires et les personnes sans psychodiagnostic ou/et n'ayant pas de connaissance vivant avec un trouble bipolaire. Aucun effet significatif de la vignette reçue n'a pu être vérifié. Le score moyen d'auto-stigmatisation des personnes diagnostiquées bipolaires était relativement faible dans l'échantillon recueilli (< 2.5 sur une échelle allant de 1 à 5). Des analyses de corrélation entre la variable « auto-stigmatisation » et les différentes attitudes évaluées ont mis en évidence que plus une personne avait un niveau d'auto-stigmatisation élevé, plus elle serait disposée à discriminer une personne présentant le même trouble. Le niveau d'auto-stigmatisation serait corrélé avec l'âge mais pas avec les aides dont bénéficient les personnes diagnostiquées bipolaires.