

Bipolarité et liens sociaux : entre stabilité et fragilité



Travail de maturité en géographie

Maître responsable : Yannis Babey

Lisa BALZARINI

LYCEE CANTONAL DE PORRENTUUY

Année 2025-2026

Table des matières

1.	Introduction.....	4
1.1	Choix du sujet et objectifs	4
1.2	Annonce du plan.....	4
1.3	Problématiques et hypothèses	5
2.	Cadre théorique.....	6
2.1	Définition du trouble bipolaire et des épisodes.....	6
2.2	Explication des différents types.....	8
2.3	Historique	9
2.4	Potentielles causes	11
2.5	Diagnostic	12
2.6	Différents traitements possibles	13
2.7	Les conséquences des traitements	14
2.8	Les risques sans traitement.....	15
3.	Entretiens.....	15
3.1	Choix des participants et présentations	15
3.2	Création des questionnaires.....	16
3.3	Déroulement des entretiens	17
4.	Analyse des entretiens	17
4.1	Expérience du diagnostic.....	17
4.1.1	Durée	17
4.1.2	Hospitalisation	18
4.1.3	Acceptation ou refus	19
4.2	Traitement.....	20
4.2.1	Type de médication	20
4.2.2	Suivi psychiatrique	21
4.2.3	Autres moyens	22
4.2.4	Ressenti	23
4.3	Impact du trouble sur les personnes atteintes.....	23
4.3.1	Professionnels	23
4.3.2	Sa propre perception.....	24
4.4	Stigmatisation et perception sociale	24

4.4.1	Stéréotypes existants	25
4.4.2	Stigmatisation publique et structurelle	25
4.5	Comparaison entre les genres	26
4.6	Relations sociales	27
4.6.1	Rôle des proches	27
4.6.2	Qualité et stabilité des relations	29
4.6.3	Acceptation et refus	30
4.1	Vérification des hypothèses	31
4.1.1.	Première hypothèse	31
4.1.2.	Seconde hypothèse.....	31
4.1.3.	Troisième hypothèse	32
4.1.4.	Quatrième hypothèse	32
4.1.5.	Synthèse de la vérification des hypothèses	32
5.	Conclusion	33
6.	Remerciements	34
7.	Déclaration et autorisation	35
8.	Médiagraphie.....	37
9.	Annexes	39
9.1.	Entretiens des spécialistes.....	39
9.2.	Entretiens des personnes bipolaires.....	39
9.3.	Entretiens de la famille proche d'une personne bipolaire	39
9.4.	Affiche	40

1. Introduction

1.1 Choix du sujet et objectifs

J'ai choisi de consacrer mon travail de maturité au thème du trouble bipolaire et à ses impacts sur les relations sociales car c'est un sujet qui me touche personnellement. Effectivement, un membre de ma famille a été diagnostiqué bipolaire de type I il y a quelques années ce qui m'a permis d'observer certains impacts sur notre vie familiale. Au-delà de l'aspect personnel, les maladies psychiatriques ont toujours été un sujet qui attirait mon attention, non seulement pour chercher à comprendre comment elles apparaissent, mais également pour mesurer l'impact qu'elles peuvent avoir sur les personnes souffrantes et leur entourage. J'ai alors voulu mieux cerner ce phénomène d'un point de vue médical en m'entretenant avec des spécialistes, mais également à travers l'aspect social en rencontrant des personnes atteintes du trouble bipolaire. Les enjeux sont multiples. Il y a l'enjeu humain car il s'agit de donner la parole à des personnes ayant un vécu compliqué, et souvent, marginalisées dû au manque de connaissance du sujet de la part de la société. L'enjeu social est celui auquel j'accorde le plus d'importance dans mon travail parce que la qualité des relations sociales impacte directement le bien-être d'une personne bipolaire. Pour finir, il existe l'enjeu scientifique, celui-ci est la base de mon travail, ainsi je complète et compare mes recherches scientifiques à l'aide d'entretiens que j'ai menés. Il permet de comprendre davantage le fonctionnement du trouble et aussi l'importance de l'accompagnement médical et psychothérapique. Le trouble bipolaire touche non seulement la sphère émotionnelle mais aussi les interactions sociales, familiales et professionnelles. La qualité et la stabilité des relations humaines peuvent être profondément touchées par les variations d'humeur, mais aussi par la perception sociale de la maladie. Mon travail vise à contribuer à la déstigmatisation du trouble dans la société à travers une diffusion d'informations plus précises.

1.2 Annonce du plan

Mon travail est divisé en plusieurs parties. La première est théorique et synthétise toutes les recherches que j'ai faites, en partant de la définition du trouble bipolaire jusqu'au risque sans traitement. La deuxième partie comprend les entretiens, avec la méthodologie et une analyse thématique. Cette partie est la plus conséquente de mon travail car elle comprend le thème des relations sociales. Les entretiens sont comparés puis mis en commun afin de tirer une conclusion. Les différences entre les entretiens sont également mises en évidence. La comparaison entre les genres est présente dans l'analyse des entretiens, ce qui permet de comprendre quelles différences existent entre les hommes et les femmes. Il y a une partie vérification des hypothèses comprenant une synthèse complète et je finirai avec une conclusion et des pistes de réflexion dans la dernière partie.

1.3 Problématiques et hypothèses

Ma problématique principale est : *Dans quelle mesure le trouble bipolaire influence-t-il la qualité et la stabilité des relations sociales des personnes qui en sont atteintes ?* Cependant, il est également important de mesurer l'impact sur les familles des personnes vivant avec un trouble bipolaire. *Dans quelle mesure le trouble bipolaire impacte-il les familles des personnes atteintes de bipolarité ?*

Les personnes touchées par le trouble bipolaire connaissent d'importantes variations de l'humeur, alternant entre des phases dépressives et des phases maniaques ou hypomaniaques. Ces fluctuations peuvent avoir un impact très important sur leurs interactions sociales et la perception qu'ont les autres d'elles. A travers mon travail, je vais essayer de comprendre quels peuvent être les impacts, et identifier les facteurs qui peuvent aggraver ou atténuer ces effets. J'essayerai de comprendre comment cela est possible et à quel point une relation peut être perturbée. Pour cela, j'ai posé 4 hypothèses. Les-voici.

1. Le trouble bipolaire peut fragiliser certaines relations sociales à cause des variations de l'humeur.

Les fluctuations peuvent générer des comportements imprévisibles et déconcertants pour l'entourage. Ces contrastes émotionnels et comportementaux peuvent créer de la confusion, de la distance ou de la méfiance au sein du cercle social entraînant parfois des ruptures.

2. Un environnement social informé et compréhensif permet de limiter ces difficultés et de favoriser une stabilité émotionnelle chez les personnes concernées.

La qualité du soutien social joue un rôle protecteur majeur dans la gestion du trouble. Quand les proches sont au courant du trouble et connaissent les effets possibles des épisodes, ils peuvent réagir de manière adaptée. Cela permet la stabilité émotionnelle de la personne atteinte.

3. La méconnaissance du trouble bipolaire complique la compréhension de la part de la société.

Le trouble bipolaire reste souvent mal compris par le grand public. Cette méconnaissance favorise les jugements inexacts et le rejet. En l'absence d'informations claires et accessibles, la société tend à développer des représentations simplifiées voire stéréotypées du trouble, ce qui nuit à l'empathie et à l'intégration sociale complète.

4. La stigmatisation reste un obstacle majeur à l'épanouissement social et à la construction de relations stables pour les personnes bipolaires.

Les personnes touchées par le trouble bipolaire sont confrontées à des représentations négatives dans la société. Cette stigmatisation peut créer une forme d'exclusion sociale voire une autocensure dans les interactions sociales. Le regard des autres peut freiner la création de liens de confiance.

2. Cadre théorique

2.1 Définition du trouble bipolaire et des épisodes¹

Nous pouvons parler du trouble bipolaire lorsqu'il y a une alternance de l'humeur dépassant l'intensité de l'humeur qualifiée de normale. Cette oscillation mène à des perturbations du fonctionnement ou à une souffrance. Le trouble bipolaire est caractérisé par l'alternance d'épisodes maniaques ou hypomaniaques et dépressifs. Les épisodes nommés hypomaniaques surviennent quand une personne a une humeur excessivement haute. L'humeur est davantage élevée durant les épisodes maniaques. Il existe également des périodes où leur humeur est relativement modérée ; ce sont les intervalles entre deux épisodes. Le deuxième pôle est lorsque l'humeur de l'individu est très basse. C'est un état dépressif qui peut être modéré ou sévère (nécessitant une hospitalisation). Le trouble bipolaire est alors la succession de plusieurs épisodes dépressifs et hypomaniaques ou maniaques. Les épisodes affectent la manière de penser et d'agir selon les pôles. La fréquence, la durée et l'intensité des épisodes changent selon les personnes et le type de bipolarité. Parfois, le rythme des épisodes peut être saisonnier ; un épisode dépressif commence l'hiver ou à l'automne et se termine au printemps comme le précise le psychiatre Mertens (Cf. Annexe 6.1.2.). Le terme "bipolaire" renvoie alors à ces deux extrêmes appelés pôles entre lesquels l'humeur des individus varie.

Les épisodes dépressifs, eux, sont l'inverse des épisodes maniaques ou hypomaniaques. On y trouve un manque flagrant d'énergie, de motivation, beaucoup de tristesse, d'anxiété, de désespoir, de remise en question et d'irritabilité. Dans la majorité des cas, les personnes bipolaires présentent une fatigue extrême, un manque d'appétit et de concentration. Certains individus bipolaires peuvent avoir de l'anhédonie². Ces épisodes peuvent mener à des idées noires, des délires, des hallucinations, l'envie de se faire du mal et peuvent, dans les cas les plus extrêmes, mener au suicide. Les épisodes dépressifs peuvent durer jusqu'à six mois s'ils ne sont pas traités.

Les épisodes maniaques sont caractérisés par trois types de symptômes généralement. Les perturbations affectives : un sentiment d'euphorie, une perturbation des émotions,

¹ <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/trouble-bipolaire/comprendre-troubles-bipolaires>
<https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/trouble-bipolaire.html>
<https://www.hug.ch/specialites-psychiatriques/troubles-bipolaires>
https://fr.wikipedia.org/wiki/Trouble_bipolaire

² C'est l'incapacité de ressentir du plaisir ou de la joie avec une diminution d'intérêts pour des activités pratiquées avant, peut concerner le plaisir physique, émotionnel ou social

de l'hypersyntonie³, un changement dans la manière de penser, et souvent de la mégalomanie⁴. Dans la plupart des cas, un épisode maniaque est déclenché par un des événements cités ci-dessus selon le Dr Gay⁵. Ces symptômes sont en général dus à une anosognosie⁶. Des perturbations psychomotrices : une transformation de l'attention et de la concentration avec une hypervigilance, une augmentation de l'énergie, parfois de la logorrhée⁷ et le volume de la voix accentuée. Pour finir, il y a des perturbations physiologiques : manque de sommeil, insomnie partielle ou totale sans sensation de fatigue, un comportement alimentaire changeant et parfois de l'hypersexualité⁸. Durant les épisodes maniaques, les personnes bipolaires ont des comportements impulsifs et un manque de rationalité. Généralement, les personnes bipolaires en état d'euphorie n'ont aucune prise de conscience de ce qu'elles font. Durant ces épisodes, les patients sont généralement très créatifs. De nombreux artistes sont atteints de bipolarité.

Les épisodes hypomaniaques sont une forme adoucie des épisodes maniaques. Ces épisodes ne sont pas complétés d'éléments physiologiques. Les individus ont plus d'idées et de projets, dans la plupart des cas, trop ambitieux et peu réalistes. L'hypomanie est également caractérisée par la mégalomanie comme pour la manie et une désinhibition sociale⁹.

L'alcool et la drogue sont des facteurs pouvant être à la source d'un épisode maniaque ou hypomaniaque.¹⁰

Dans le trouble bipolaire, il n'y a pas uniquement des épisodes dépressifs et hypomaniaques ou maniaques, il y a aussi des périodes intercritiques. Ces périodes d'entre deux épisodes étaient anciennement appelées intervalles libres. Durant ces périodes, les symptômes sont légers voire inexistantes. Une grande partie des patients bipolaires présente des symptômes d'autres maladies, qu'ils soient physiques ou mentaux. Ils ont généralement un tempérament calme et des effets "secondaires" du traitement qu'ils suivent. C'est durant cette période que l'humeur des patients est la plus proche de l'euthymie¹¹.

En Suisse, environ 1 à 4% de la population sont touchés par le trouble bipolaire. Cela représente entre 80'000 et 400'000 personnes selon les sites du HUG et de

³ C'est une identification aux émotions des autres ce qui peut altérer la perception de soi, fusion avec l'ambiance émotionnelle qui l'entoure

⁴ Trouble psychologique caractérisé par une surestime de soi, de ses capacités et de ses performance, désir excessif de gloire

⁵ Dr Christian Gay & Jean-Alain GENERMONT, *Vivre avec des hauts et des bas*, Edition J'ai lu, 2004, p.37.

⁶ Incapacité neurologique et psychique à prendre conscience de sa maladie ou de son trouble

⁷ Flux de parole excessif, rapide et souvent incohérent

⁸ Besoin excessif ou incontrôlable de désirs sexuels, recherche constante de stimulation sexuelle

⁹ Baisse ou perte de la capacité à contrôler ses comportements, ses paroles et ses émotions dans un contexte social, agissement impulsif ou inapproprié sans tenir compte des normes sociales ou du jugement des autres

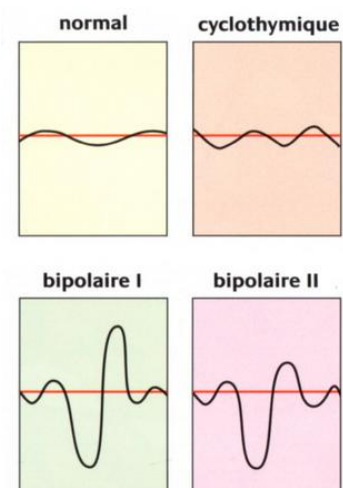
¹⁰ Dr Christian Gay & Jean-Alain GENERMONT, *Vivre avec des hauts et des bas*, Edition J'ai lu, 2004, p.38.

¹¹ Lorsque l'humeur est stable, dépourvus d'épisodes maniaques/hypomaniaques et dépressifs, c'est l'humeur qu'ont les personnes non atteintes d'un trouble de l'humeur

Synapsespoir. ¹² En comparaison, entre 1 et 2,5% de la population sont touchés par le trouble bipolaire en France soit 650'000 à 1,6 million de personnes. Si on intègre les formes douces, le taux augmente jusqu'à 5 à 6%¹³. Dans le monde, les troubles bipolaires touchent entre 37 millions et 60 millions de personnes dont environ 3 millions d'adolescents. Ce trouble a une prévalence presque identique entre les hommes et les femmes. Le sex-ratio est de 1¹⁴. L'une des causes principales de handicap dans le monde est le trouble bipolaire. Il touche l'ensemble de la vie quotidienne, comme les relations sociales, le milieu du travail ou scolaire. Les personnes bipolaires risquent davantage de développer des addictions, comme le tabac, l'alcool ou de souffrir d'autres problèmes physiques. L'âge de décès est environ 10 ans plus jeune que l'âge de l'espérance de vie des personnes qui ne sont pas touchées. Elles meurent environ 13 ans plus tôt. Il y a également un taux de suicide très élevé allant jusqu'à 20%.

2.2 Explication des différents types¹⁵

Une personne diagnostiquée d'un trouble bipolaire ne peut pas avoir des épisodes d'hypomanie et de manie. Cela dépend du type de bipolarité. C'est dans le DSM-IV, que les deux types principaux et un type supplémentaire vont être définis. Le trouble bipolaire de type I est caractérisé par un ou plusieurs épisodes maniaques graves ou mixtes entremêlés d'épisodes dépressifs majeurs. Le diagnostic peut être fait sans épisodes dépressifs. Il est parfois caractérisé par des délires mais principalement par des épisodes très intenses et extrêmes. C'est « *la plus pure, la plus explosive des maladies maniaco-dépressive* », comme



le dit Dr Gay¹⁶. Le trouble bipolaire de type II, c'est l'existence d'un ou de plusieurs épisodes d'hypomanie et d'au moins un épisode dépressif. Il y a davantage d'épisodes hypomaniaques que dépressifs. C'est une forme atténuée du type I. La cyclothymie est le troisième type du trouble bipolaire. C'est lorsque les épisodes ne sont pas aussi intenses que dans les deux types de bipolarité. L'humeur change de minutes en heures et pas en plusieurs semaines ou mois comme les types I et II. Ce type est très controversé et le plus difficile à diagnostiquer. La personne subit des épisodes très atténués proches de l'euthymie.

Comme le Dr Gay précise, il existe différentes évolutions de la maladie. Le type MDI (manie, dépression et intervalle libre) est l'évolution la plus courante. Elle apparaît

¹² HUG et Synapsespoir

¹³ Dr Christian Gay & Jean-Alain GENERMONT, *Vivre avec des hauts et des bas*, Edition J'ai lu, 2004, p.12.

¹⁴ Dr Christian Gay & Jean-Alain GENERMONT, *Vivre avec des hauts et des bas*, Edition J'ai lu, 2004, p.47.

¹⁵ *Le trouble bipolaire* | Association de personnes ayant un trouble de l'humeur, bipolaire ou dépressif - Genève. <https://association-atb.org/la-maladie/le-trouble-bipolaire/>. Consulté le 3 janvier 2026.

¹⁶ Dr Christian Gay & Jean-Alain GENERMONT, *Vivre avec des hauts et des bas*, Edition J'ai lu, 2004, p.41.

généralement chez les personnes bipolaires de type I. Il existe également la séquence DMI (dépression, manie et intervalle libre) qui est généralement due à l'utilisation d'antidépresseurs¹⁷.

Il n'existe pas seulement les troubles bipolaires, mais également les troubles unipolaires. Les troubles unipolaires sont uniquement une succession de phases dépressives. Les épisodes de dépression présents dans les troubles bipolaires et ceux présents dans le trouble unipolaire ne peuvent pas être différenciés car les symptômes sont fondamentalement identiques. Cependant, il y a une légère nuance. La dépression bipolaire commence tôt entre 12 et 15 ans. Les patients ne réagissent pas aux antidépresseurs généralement utilisés pour traiter les dépressions. Dans le cas de la dépression unipolaire, les premiers épisodes surviennent plus tard, entre 18 et 30 ans. De plus, les patients ne répondent pas aux thymorégulateurs, qui sont utilisés pour traiter les troubles de l'humeur.

2.3 Historique¹⁸

Le trouble bipolaire est une maladie bien connue depuis l'Antiquité. Les historiens signalent que la première personne souffrant de bipolarité était Arétée de Cappadoce, un médecin romain du I^{er} siècle ou du II^e siècle après J.-C.. Il semblait avoir une alternance de mélancolie et de manie. Ces cycles sont connus depuis cette époque. Ces premières descriptions montrent que les variations extrêmes de l'humeur n'ont pas été découvertes récemment mais qu'elles font partie de l'histoire de la médecine depuis plusieurs siècles.

En 1686, un médecin genevois, Théophile Bonet établit un lien entre les deux humeurs extrêmes du trouble bipolaire et crée l'expression latine "manico-melancolicus". Cette expression relie les deux pôles possibles. C'est une grande avancée car elle reconnaît enfin cliniquement l'alternance de plusieurs humeurs.

Au XIX^e siècle, la compréhension du trouble progresse. Jules Baillarger décrit une « folie à double forme ». Dans la même période, Jean-Pierre Falret introduit la notion de folie circulaire et insiste sur l'existence d'intervalles entre les épisodes.

Un psychiatre allemand, nommé Kraepelin, a publié en 1889, la sixième édition de son traité de psychiatrie dans lequel il a créé l'expression "maladie maniaco-dépressive", résumant toutes ses observations et celles de ses prédécesseurs ont pu faire sur le trouble bipolaire. Il joue un rôle fondamental dans la classification des maladies mentales.

Au XX^e siècle, les médecins Gaston Deny et Paul Camus décident de modifier le terme de Kraepelin par "psychose maniaco-dépressive". Cette modification permettait de mieux distinguer les troubles bipolaires des troubles unipolaires. En 1915, Kraepelin

¹⁷ Dr Christian Gay & Jean-Alain GENERMONT, *Vivre avec des hauts et des bas*, Edition J'ai lu, 2004, p.44.

¹⁸ <https://www.inserm.fr/actualite/troubles-bipolaires-une-decennie-de-decouvertes/>
https://fr.wikipedia.org/wiki/Trouble_bipolaire
<https://www.hopestage.com/blog/lhistoire-de-la-bipolarite-dhier-a-aujourd'hui>

publie un système de classification de la manie à la dépression, fondé sur les symptômes. Il établira dix-huit types pouvant évoluer, de la folie maniaco-dépressive contenant les formes unipolaires et bipolaires.

Finalement, un professeur d'université de neurologie et de psychiatrie, Karl Kleist et un neurologue et psychiatre, Karl Leonhard décident de subdiviser les formes unipolaires et bipolaires.

En 1981, Klerman distingue six types de bipolarité. Le DSM-IV¹⁹, publié en 1995, est un livre de l'association américaine de psychiatrie. À l'intérieur, uniquement trois types du trouble bipolaire sont retenus. Le trouble bipolaire type I, le trouble bipolaire type II, et la cyclothymie, tous expliqués précédemment.

Au XX^e siècle, le terme "psychose maniaco-dépressive" imposé par Gaston Deny et Paul Camus va être redéfini. Il va laisser place à la notion du spectre des troubles bipolaires. Les recherches actuelles mettent en évidence l'interaction entre facteurs génétiques, biologiques, psychologiques et environnementaux, soutenant l'approche biopsychosociale.

Des études récentes menées notamment par l'INSERM²⁰ et reconnues par l'ONU soulignent l'importance des comorbidités²¹ psychiatriques comme le trouble déficit de l'attention avec hyperactivité, le trouble anxieux, le trouble comportemental alimentaires peuvent être présents en même temps que le trouble bipolaire et sont étroitement liées. Environ 60% des personnes bipolaires sont concernées par des abus de certaines substances comme l'alcool ou la drogue.²² En parallèle, la prévalence²³ des personnes atteintes du trouble bipolaire va être recalculée et sera presque dix fois supérieure. Cette augmentation soudaine d'individus bipolaires est due à l'élargissement de la définition du trouble bipolaire.

Des études observationnelles qui suivent un groupe d'individus sur une période prolongée et qui visent à observer et à analyser l'évolution des troubles bipolaires et unipolaires pour identifier les tendances, les changements et les facteurs influençant leur évolution. Ces études ont prouvé que les troubles unipolaires pouvaient évoluer parfois vers les troubles bipolaires.

¹⁹ https://fr.wikipedia.org/wiki/Manuel_diagnostique_et_statistique_des_troubles_mentaux

²⁰ Institut national de la santé et de la recherche médicale, c'est une organisation française dédiée à la recherche dans le domaine de la santé humaine

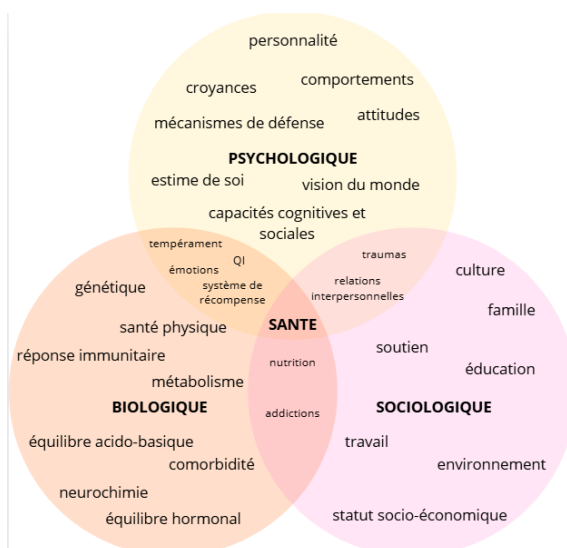
²¹ Présence simultanée de plusieurs maladies ou troubles chez une même personne interférant avec une maladie primaire

²² Dr Christian Gay & Jean-Alain GENERMONT, *Vivre avec des hauts et des bas*, Edition J'ai lu, 2004, p.48.

²³ Mesure statistique donnant le nombre de personnes atteintes d'une maladie ou d'un trouble dans une société donnée à un moment précis

2.4 Potentielles causes

Il n'y a toujours aucune certitude à propos des causes qui amèneraient au développement du trouble bipolaire. Cependant, le modèle biopsychosocial²⁴, comportant trois dimensions importantes, est intéressant. La dimension biologique se base sur les facteurs physiques et physiologiques comme la génétique. La dimension psychologique inclue les aspects comportementaux et émotionnelles et pour finir, la dimension sociale comprend



l'environnement social, les relations, le contexte familial et encore d'autres aspects.

Ce modèle est assez pertinent pour évoquer le trouble bipolaire car il permet une approche multidimensionnelle. Au niveau biologique, la bipolarité peut être génétique. Si un parent est atteint du trouble bipolaire, l'enfant a plus de risque d'être également atteint (environ un enfant sur dix), de plus il y a des déséquilibres au niveau des neurotransmetteurs associés aux différents épisodes et également des anomalies dans le fonctionnement du cerveau qui peuvent être impliquées. Les antécédents familiaux augmentent par huit, voire par dix, le risque de développer le trouble bipolaire. Il y a la famille Hemingway, britannique, connue pour son grand nombre de personnes atteintes de maladies mentales ce qui pose encore une fois la question de la génétique. Comme le précise le Dr Gay²⁵, certaines personnes sont plus susceptibles de développer le trouble bipolaire. L'impact des situations stressantes, une mauvaise hygiène de vie, une accumulation d'événements pénibles, une situation de surmenage ou encore une perturbation du sommeil peut avoir un impact plus fort chez les personnes ayant ces gènes de vulnérabilité. Pour les facteurs psychologiques, des événements stressants peuvent déclencher des épisodes ou les aggraver. Il existe également un dysfonctionnement du système cognitif qui donne suite à une altération de la pensée. Dans la dimension sociale, l'absence ou l'instabilité des relations sociales peut aggraver les épisodes. L'environnement de vie comme la précarité ou l'isolement et encore la perception sociale de la maladie peut toucher l'estime de soi et décourager le patient à demander de l'aide.

Les études de l'Université de Lausanne (UNIL, 2021) ont mis en évidence une interaction entre prédispositions génétiques et facteurs environnementaux, notamment le stress chronique ou les traumatismes dans l'enfance.

²⁴ <https://www.facebook.com/psychologieholistique/photos/a.102030671949699/109417061211060/?id=101927355293364> (J'ai recopié ce graphique afin que les mots soient plus lisibles.)

²⁵ Dr Christian Gay & Jean-Alain GENERMONT, *Vivre avec des hauts et des bas*, Edition J'ai lu, 2004, p.37.

En résumé, le trouble bipolaire n'est pas causé par un seul facteur, ce qui complique le diagnostic. Le trouble bipolaire résulte de l'interaction des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Le modèle biopsychosocial permet alors une compréhension plus globale du trouble.

Chacun des facteurs peut être la cause de l'apparition d'un épisode quel qu'il soit, mais c'est l'association de plusieurs facteurs qui en déclenche réellement un. Chaque facteur joue un rôle important dans le développement du trouble bipolaire.²⁶

2.5 Diagnostic

Le diagnostic du trouble bipolaire est le plus compliqué à établir parmi toutes les maladies mentales. Le spécialiste en charge d'un individu ne peut pas en une seule séance poser le diagnostic. Il doit beaucoup questionner la personne concernée et son entourage. Pour être diagnostiqué bipolaire, il faut que l'individu ait eu deux phases maniaques. Serge Mertens (Cf. Annexe 9.1.2.), psychiatre et psychothérapeute au CMPA à Delémont, souligne le fait que n'importe qui peut avoir un épisode maniaque dans sa vie que ce soit sous substance ou non. Cependant certains signes peuvent alerter le spécialiste que quelque chose ne va pas chez un individu. Il utilise plusieurs exemples pour illustrer ses propos. Par exemple, un patient présente une énergie anormalement élevée la journée malgré plusieurs semaines sans avoir dormi. Ce comportement évoque un possible épisode maniaque. A l'inverse, un patient souffrant de dépression depuis plusieurs années présente de court moment d'euphorie, où tout va bien dans sa vie, sans raison visible, contrastant avec son humeur habituelle. Cela peut semer des doutes auprès d'un spécialiste. Des comportements impulsifs, comme l'achat de plusieurs véhicules de luxe en une seule journée, peuvent également constituer des indices.

M. Mertens, précise que lorsqu'il y a un changement d'humeur radical ou un manque de stabilité, cela peut être des éléments clés pour le diagnostic du trouble bipolaire. Le diagnostic se fait rarement lorsque le patient est jeune, c'est généralement pendant la transition entre l'adolescence et l'âge adulte que le diagnostic peut être posé. Dans la plupart des cas, plusieurs années s'écoulent entre l'apparition des premiers épisodes et le diagnostic. Certains spécialistes passent à côté du trouble bipolaire, parfois trop difficile à détecter.

Selon la Fondation Pro Mente Sana, les symptômes des troubles bipolaires sont souvent confondus avec d'autres pathologies, ce qui retarde davantage le diagnostic d'environ 8 à 10 ans.

Cela montre la difficulté pour les spécialistes de trouver le bon diagnostic en peu de temps. Ne pas connaître les causes exactes du trouble bipolaire complique le diagnostic.

²⁶ Dr Christian Gay & Jean-Alain GENERMONT, *Vivre avec des hauts et des bas*, Edition J'ai lu, 2004, p.39.

2.6 Différents traitements possibles

« Les troubles bipolaires, autrefois également appelés maladie maniaco-dépressive, sont des troubles psychiatriques récidivants sévère qui, non traités, peuvent entraîner de graves préjudices sociaux, une invalidité et des changements neurotrophiques au niveau du cerveau. »²⁷. Un traitement est indispensable pour un individu souffrant de bipolarité, afin qu'il puisse avoir une bonne condition de vie et qu'il ne soit ni un danger pour lui, ni pour son entourage. Même si les symptômes ne disparaissent jamais complètement, une guérison est possible, grâce aux soins appropriés. Le traitement de la bipolarité repose principalement sur l'utilisation de médicaments appelés « thymorégulateurs » ou « normothymiques ». Ces traitements ont des effets variés sur le fonctionnement psychique et physique des patients et leur efficacité s'accompagne parfois d'effets secondaires.

Il existe de nombreux traitements, médicamenteux ou non. Au CMP, M. Mertens, psychiatre, m'a expliqué tout ce qui était mis en place pour le suivi d'une personne atteinte du trouble bipolaire. Dans la plupart des cas, les personnes atteintes du trouble bipolaire vont consulter durant les phases dépressives, car elles sont conscientes de leur épisode. Durant les épisodes maniaques, dans la majorité des cas, elles finissent aux urgences, devenues ingérables pour l'entourage. Des médicaments leur sont donnés par la suite et lorsqu'ils sont revenu à un niveau proche de l'euthymie, un suivi peut être mis en place.

Serge Mertens a beaucoup insisté sur le fait que la médication n'est pas le seul traitement qui doit être mis en place, il doit également y avoir un suivi psychologique et une psychoéducation. L'un ne va pas sans les autres, la personne atteinte du trouble bipolaire réussira plus facilement à aller mieux si les trois suivis sont mis en place. La psychoéducation a pour but d'informer le patient et son entourage de ce qu'est le trouble bipolaire, des risques et de ce à quoi il faut faire attention. Cela permet d'inclure l'entourage dans le processus de traitement et de réduire les incompréhensions. Les HUG et CHUV proposent des programmes de psychoéducation spécialisés pour les patients bipolaires et leurs proches (programme Profamille, programme Bipolaire+).

Par rapport à la médication, il existe plusieurs types de traitements. Il y a les stabilisateurs de l'humeur tel que les antiépileptiques et le lithium. Le lithium est considéré comme une référence dans le traitement de fond des troubles bipolaires. Cependant, son usage nécessite une surveillance rigoureuse et de nombreuses contraintes. Cela nécessite des prises de sang et des contrôles rénaux à faire très régulièrement. En France, le médicament a un très faible coût car il est dans le domaine public. En Suisse, le lithium reste prescrit sous forme de « Carbolithium » et est remboursé par l'assurance de base (LaMal). Comme médicaments stabilisateurs de

²⁷ SGBS Bipolar (mis à jour en 2019) : <https://swiss-bipolar.ch/wp/wp-content/uploads/2019/08/Recommandations-th%C3%A9rapeutiques-de-l-SSTB-2019.pdf>

l'humeur, il y a également les antiépileptiques tels que le valproate de sodium ou la carbamazépine pour gérer les phases de manies. Pour les épisodes dépressifs, il y a principalement la lamotrigine. Ce sont dans les phases aiguës que les antipsychotiques sont prescrits ou parfois pour prévenir les rechutes. Il existe l'olanzapine, la quétiapine et bien d'autres. Les traitements sont à peu près semblables pour les trois types de bipolarité.

Ces médicaments agissent en modulant les neurotransmetteurs, notamment en influençant la transmission de la dopamine et de la sérotonine. Leur efficacité varie selon les individus et le type d'épisodes bipolaires. Enfin, bien que les traitements permettent de réduire la fréquence et l'intensité des épisodes. Ils nécessitent souvent un ajustement personnalisé et un suivi médical constant pour limiter les risques de rechute ou d'effets indésirables.

Il existe d'autres traitements « médicaux » ne requérant pas la médication. La sophrologie, qui est un assemblage de techniques de relaxation, de respiration et de visualisation positive, aidant pour diminuer le stress, peut être utilisée mais uniquement dans les phases où le patient est proche de l'euthymie. Durant un épisode, la sophrologie ne pourra pas aider à calmer un patient, selon M. Mertens. Cependant, Serge Mertens insiste sur le fait que les séances d'hypnose doivent être supervisées par un hypnothérapeute qui est au courant que la personne en face est atteinte de bipolarité. Il faut être extrêmement prudent afin de ne pas déclencher un épisode.

Malgré toutes ces alternatives, le traitement de base doit rester médicamenteux et psychologique.

2.7 Les conséquences des traitements

Le lithium a été considéré pendant longtemps comme le meilleur médicament mais également celui avec le plus d'effets secondaires. Il peut causer de graves problèmes rénaux ou de thyroïde. C'est pour cela qu'il est moins prescrit aujourd'hui. Lorsqu'il l'est, il est très contrôlé. M. Mertens, m'a parlé d'une « fenêtre thérapeutique » pour parler du traitement au lithium. La fenêtre est l'espace qui existe entre la dose nécessaire donnée au patient et la dose toxique pour l'organisme. Pour le lithium, la fenêtre est très petite. Si une personne est sous traitement au lithium, que la température est très élevée où elle se trouve et qu'elle ne boit pas suffisamment d'eau, elle peut faire un choc toxique. Les autres médicaments ont moins d'effets secondaires. Les neuroleptiques, par exemple le risperdal, peuvent causer une forte prise de poids en peu de temps et des problèmes métaboliques comme le diabète. Les antidépresseurs comme la sertraline peut entraîner des tremblements, de la diarrhée et de forts maux de tête. Les effets secondaires peuvent altérer l'image corporelle, la confiance en soi et donc impacter les relations sociales, par exemple avec une grande prise de poids ou une fatigue très présente. Il ne faut pas oublier que tous les médicaments ont des effets secondaires.

2.8 Les risques sans traitement

Cependant, si aucun traitement n'est mis en place, de nombreux risques existent. Tout d'abord, des comportements excessifs comme des dépenses d'argent abusives, une envie de se mettre en danger, des comportements sexuels extrêmes, une consommation de drogue, d'alcool et, dans la plupart des cas, des envies suicidaires. Le fait que le diagnostic soit posé tard ou le refus de prendre une médication mènent à des suicides. Environ 50% des personnes bipolaires ont tenté de se suicider au cours de leur vie. Jusqu'à 15% des personnes atteintes de bipolarité mettent fin à leur jour.²⁸

3. Entretiens

3.1 Choix des participants et présentations

Comme cité précédemment (Cf. 1.1. Choix du sujet et objectifs), le membre de ma famille atteint de bipolarité a été la première personne avec qui j'ai pu m'entretenir. J'ai également eu l'opportunité d'interroger son entourage proche : son frère et ses parents afin de recueillir différents points de vue sur les répercussions familiales du trouble.

Je n'ai pas choisi directement les personnes que j'allais interviewer, je voulais que la participation se fasse sur la base du volontariat. Pour cela, j'ai créé une affiche (Cf. Annexe 9.4.), de présentation dans laquelle je me présente et j'explique le but de mon travail. L'affiche comportait un QR Code renvoyant vers un formulaire en ligne (Forms), permettant aux personnes intéressées de mettre leur prénom, leur âge, leur sexe et leurs disponibilités pour un entretien afin que je puisse les recontacter pour définir une date de rencontre. J'ai ensuite contacté le Centre Médico-Psychiatrique (CMP) de Delémont afin de leur demander s'il était possible d'y déposer mon affiche. Le personnel m'a orientée vers le Centre Médico-Psychiatrique pour Adulte (CMPA), où l'affiche a finalement été déposée.

Par la suite, j'ai été contactée par trois femmes en l'intervalle de trois mois que j'ai pu interviewer en présentiel. J'ai également approché l'Hôpital de Moutier, pôle santé mentale qui m'a répondu après de nombreuses tentatives. J'ai donc pu m'entretenir avec deux infirmiers.

J'ai ensuite intégré plusieurs groupes de parole sur Facebook²⁹ pour les proches et les personnes touchées par la bipolarité, afin de trouver d'autres témoignages. Suite à cela, une modératrice du canal de l'association Le Funambule m'a appelée du Luxembourg afin de voir ensemble pour que je republie une annonce, avec mon affiche et un meilleur descriptif de mon travail. Elle m'a également proposé de joindre en annexe mon affiche

²⁸ RTS : <https://www.rts.ch/info/sciences-tech/7745779-de-leuphorie-a-la-depression-plus-de-100000-suissees-sont-bipolaires.html#:~:text=50%25%20des%20bipolaires%20tentent%20de,et%20p%C3%A8re%20de%20trois%20enfants.&text=%3E%3E%20Le%20t%C3%A9moignage%20de%20Barbara%20,une%20rente%20de%20l'Al.>

²⁹ Je ne peux pas mettre les liens des groupes car ils sont généralement en privé mais voici celui du Funambule : https://www.facebook.com/groups/390069055318988?locale=fr_FR

à la newsletter de l'association qui compte plus de 1'100 abonnés. Grâce à ça, une dizaine de personnes de l'association m'ont contactée et j'ai pu les interviewer en visioconférence. J'ai décidé d'en accepter uniquement sept afin d'avoir un échantillon de dix personnes.

L'anonymat ayant été garanti à chacun des participants, les noms ont été remplacés par des noms d'emprunt.

Nom de la personne	Age	Sexe	Type de bipolarité	Situation
Amélie	22 ans	Femme	Type I	Bipolaire
Lila	37 ans	Femme	Type II	Bipolaire
Paola	38 ans	Femme	Cyclothymie	Bipolaire
Xander	50 ans	Homme	Type II	Bipolaire
Valentine	26 ans	Féminin	Type I	Bipolaire
Corentin	36 ans	Homme	Type I	Bipolaire
Vivianne	49 ans	Femme	Type II	Bipolaire
Adeline	45 ans	Femme	Cyclothymie	Bipolaire
Damien	52 ans	Homme	Type II	Bipolaire
Michael	57 ans	Homme	Type I	Bipolaire

Pour la famille interrogée, les noms ont également été modifiés.

Nom de la personne	Age	Lien familial
Samantha	52 ans	Maman d'Amélie
Patrick	53 ans	Papa d'Amélie
Jérémie	24 ans	Frère d'Amélie

Les entretiens ont été menés avec des personnes ayant donné leur accord volontairement, après avoir pris connaissance du but de mon travail. L'anonymat et la confidentialité ont été garantis pour chaque participant. Avant chaque entretien, j'ai rappelé que les informations recueillies seraient uniquement utilisées dans le cadre scolaire.

L'objectif de cette démarche était d'obtenir des témoignages variés permettant de comprendre comment le trouble bipolaire influence les relations sociales selon différents âges, types de bipolarité et contextes familiaux. Je souhaitais recueillir à la fois des points de vue personnels et ceux de l'entourage proche dans le cadre du membre de ma famille, afin d'avoir une vision plus globale du trouble. Le fait d'avoir des personnes de différents âges permet de voir l'impact sur les études, sur le travail et sur la vie de famille pour les participants ayant eu des enfants. J'ai donc cherché à constituer un échantillon diversifié en mêlant personnes concernées et proches.

3.2 Création des questionnaires

Les types de questions étaient assez variés. Les premières questions axées sur la présentation de la personne et son type de bipolarité restaient des questions fermées.

La grande majorité de mes questions étaient ouvertes afin de laisser librement aux participants de répondre à la question ou non et de développer davantage s'ils le souhaitent. Cependant, j'ai adapté mes questions au statut des participants, s'ils avaient des enfants, un conjoint, un travail ou faisaient des études. Pour une personne jeune, je me concentrais sur l'adolescence, sur les études et sur le rôle de l'entourage et pour les participants matures, je les questionnais sur la vie de couple, sur l'impact que la maladie peut avoir sur leur enfant et sur leur travail.

3.3 Déroulement des entretiens

Les entretiens étaient de type semi-directif. Je disposais d'un questionnaire déjà construit avec des questions principales tout en laissant la possibilité aux participants de développer librement leurs réponses. Chaque entretien a duré entre 45 minutes et 2 heures et s'est déroulé dans le lieu choisi par le participant. Ce qui permettait au participant d'être dans un cadre qu'il connaît et d'être à l'aise pour parler. Pour les personnes m'ayant contacté à la suite de la newsletter, les entretiens se sont déroulés par visioconférences si elles le souhaitent ou simplement en appel audio.

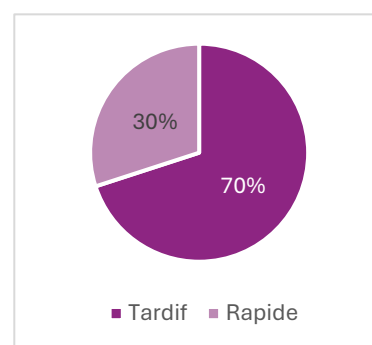
Au total, j'ai pu recueillir dix témoignages : six femmes et quatre hommes vivant avec un trouble bipolaire. J'ai également interrogé trois membres de l'entourage proche d'une des femmes. Cette diversité de personnes m'a permis de comparer la perception interne en parlant du vécu de la personne atteinte du trouble bipolaire et un point de vue externe en citant le regard des proches et leurs principaux rôles.

4. Analyse des entretiens³⁰

4.1 Expérience du diagnostic

4.1.1 Durée

Il y a de nombreuses similitudes surtout sur le plan du diagnostic. Une étude démontre qu'il y a en général un battement de dix ans entre l'apparition des premiers épisodes et le diagnostic posé selon Fabio Chavanne, pédopsychologue (Cf. Annexe 9.1.1.). Pour les dix personnes que j'ai interrogées, cette théorie est confirmée dans la majorité des cas. La totalité des entretiens met en évidence une errance médicale fréquente. Sur les dix participants, au moins sept évoquent un délai de plusieurs années voire de décennies, entre les premiers symptômes et le diagnostic avéré. Dans le cas de Xander, un délai de 40 ans a pu être observé. « *Mon premier épisode c'était en 1988, le diagnostic est arrivé en 2022.* » (Cf. Annexe 9.2.4. Q2.). C'est un cas d'errance extrême pour Xander.



³⁰ L'IA a été utilisé afin de faire ressortir les citations les plus importantes avec le chapitre ou le sous-chapitre concerné. Le prompt se trouve dans la médiagraphie.

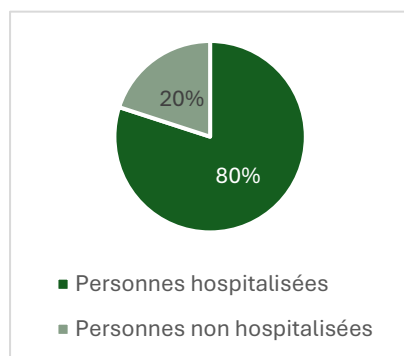
Cependant, le cas de Xander n'est pas isolé, Viviane a également eu un long délai. « *Ils ont mis environ 20 ans.* » (Cf. Annexe 9.2.7. Q2.2.).

Plusieurs personnes expliquent que leurs épisodes dépressifs ont longtemps été interprétés comme des réactions normales à des événements de vie ou en tant que des dépressions isolées, retardant donc l'identification du trouble bipolaire. Valentine le précise très bien durant l'entretien : « *Avec du recul, c'étaient des épisodes qui me faisaient décompenser mais ce n'est pas la seule raison, il y avait un terrain propice.* » (Cf. Annexe 9.2.7. Q2.2.). Adeline appuie également sur le fait que même après une suspicion d'un quelconque trouble ou d'une quelconque maladie, le diagnostic n'est jamais directement posé. « *Faut savoir que le diagnostic n'est pas clairement dit dès le début, on tourne autour que ce soit avant pour poser le diagnostic ou après pour un traitement adapté.* » (Cf. Annexe 9.2.8. Q1.2.).

Chez les personnes plus jeunes ou ayant connu des épisodes maniaques marqués, notamment dans le cas de Damien, le diagnostic a été posé plus rapidement : « *Mon premier grand épisode maniaque reconnu est arrivé en 2023.* » (Cf. Annexe 9.2.10. Q2.1.).

Ces témoignages montrent que pour plusieurs personnes, le trouble était présent bien avant d'être nommé. Le fait de ne pas pouvoir nommer ce qui se passe empêche de donner des réponses aux difficultés vécues par ces personnes. Le délai avant le diagnostic dépend énormément de la personne mais dans la plupart des cas, il est tardif, comme le montre le graphique ci-dessus.

4.1.2 Hospitalisation



Dans la plupart des cas, comme l'explique Dr. Mertens, psychiatre au CMPA à Delémont, le diagnostic se fait après une hospitalisation forcée. Dans les dix cas que j'ai pu observer, Dr. Mertens a en partie raison.

L'hospitalisation psychiatrique occupe une place importante dans le parcours de soins et de diagnostic de la majorité des participants. Sur les dix personnes interrogées, huit ont été hospitalisées au moins une fois.

L'hospitalisation est souvent associée à la pose du diagnostic mais parfois en tant que tentative de stabilisation face à une situation compliquée voire ingérable pour l'entourage. Sur les huit personnes hospitalisées, cinq l'ont vécu comme quelque chose d'utile et trois l'ont vécue négativement.

Pour certains, l'hospitalisation est vécue comme une étape nécessaire même si elle est compliquée. Lila explique « *J'avais l'impression d'être une bête de laboratoire mais je savais que c'était pour mon bien.* » (Cf. Annexe 9.2.2. Q7.3.). Cette ambivalence est fréquente. Valentine précise que cela lui a servi à trouver le traitement qui lui correspondait et que son hospitalisation a été bénéfique. « [...] Ça m'a permis de

reprendre un rythme et de trouver la médication qui me convenait. » (Cf. Annexe 9.2.3. Q7.4.).

Au contraire, plusieurs personnes interrogées décrivent une expérience négative. Paola explique un décalage entre ses attentes et la réalité en expliquant : « *Ils m'ont vendu du rêve en me disant qu'il y avait beaucoup d'activités à faire pour s'occuper la journée, mais y'en avait très peu.* ». Michael évoque même la violence de son expérience : « [...] *Je préfère mourir que de retourner là-bas.* » (Cf. Annexe 9.2.10. Q6.1.).

Ces différences entre les témoignages évoquent un vécu non homogène. Cela dépend des conditions de l'hôpital, de la durée et du degré de contrainte et d'accompagnement. Pour finir, deux personnes n'ont jamais été hospitalisées ou ont refusé cette option. Ce refus est motivé par plusieurs raisons dont l'envie de garder une forme d'autonomie. Adeline en est la preuve, son psychiatre lui avait proposé une hospitalisation, mais elle a refusé (Cf. Annexe 9.2.8. Q7.).

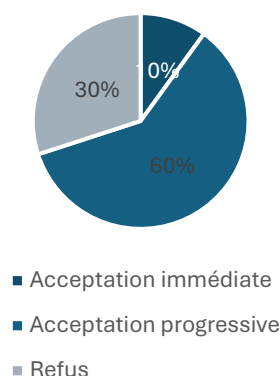
Dans le Jura, il existe deux sites d'hospitalisations en lien. Il y a le PSM (Pôle Santé Mentale), à l'Hôpital de Moutier qui est une aile dédiée à la prise en charge des maladies psychiatriques et des maladies mentales. Il est séparé en trois secteurs : l'unité de crise et de stabilisation, l'unité de rétablissement et l'unité de soins intégrés à la personne âgée (USIPA), accessible à partir de 65 ans (Cf. Annexe 9.1.3. et Annexe 9.1.4. Q4.). C'est le seul hôpital du Jura à prendre en charge les maladies psychiatriques et à offrir autant de prestations de soins. Le centre de St-Imier est en étroite collaboration avec celui de Moutier.

4.1.3 Acceptation ou refus

L'acceptation du diagnostic est une étape déterminante du parcours de soins, mais elle est rarement immédiate. Les entretiens menés montrent que six personnes décrivent une acceptation progressive et trois un refus ou un déni au premier abord. Une seule acceptation rapide est présente.

Le refus ou le déni du diagnostic est souvent lié à la peur de l'étiquette et à la difficulté de se reconnaître dans le terme « trouble bipolaire ». Amélie rapporte qu'elle refusait que l'entière de ses proches soit au courant car elle était dans le déni (Cf. Annexe 9.2.1. Q16.3.). Ce refus peut être renforcé par une errance du diagnostic, fragilisant la confiance envers les spécialistes et rendant l'acceptation plus complexe.

Inversement, plusieurs participants évoquent un soulagement à la suite du diagnostic. Le fait de pouvoir mettre des mots sur des expériences vécues rend l'acceptation plus facile. Xander précise : « *J'avais enfin la réponse à mon mal-être.* » (Cf. Annexe 9.1.4. Q1.1.), tandis que Valentine souligne que le diagnostic lui a permis de mettre un mot sur ce qu'elle vivait, d'avoir accès à plein de connaissances (Cf. Annexe 9.2.5. Q16.2.). Samantha décrit l'annonce du diagnostic



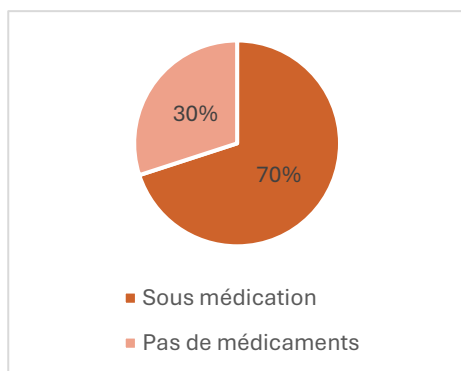
comme un choc « *J'ai ramassé une claque et d'un autre côté, il y avait enfin un mot posé sur ce que vivait ma fille.* » (Cf. Annexe 9.3.1. Q2.). Cela montre que le diagnostic ne soulage pas uniquement la personne concernée mais aussi son entourage, en donnant un sens à ce qu'il a pu observer.

L'acceptation apparaît comme un processus, souvent aidé par la psychoéducation et les échanges avec des pairs présents dans des associations. Elle joue un rôle central dans la manière dont la personne va vivre sa « nouvelle vie ».

4.2 Traitement

4.2.1 Type de médication

L'analyse des entretiens montre que la majorité des personnes interrogées, c'est-à-dire sept sur dix, suivent actuellement un traitement médicamenteux, principalement à base de thymorégulateurs. Plusieurs participants expriment clairement que leur traitement



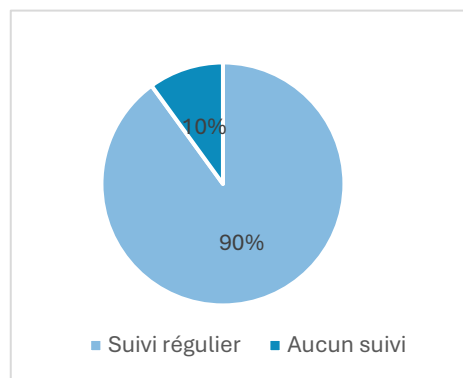
est indispensable dans leur vie. Valentine précise que le lithium est une forme de protection pour elle : « *C'est la preuve que le lithium me protège vraiment de moi-même.* » (Cf. Annexe 9.2.5. Q8). De la même manière, Corentin souligne qu'il ne pourrait pas fonctionner sans sa médication : « [...], *je ne peux pas vivre sans traitement. Je ne veux pas laisser vivre ma bipolarité et la laisser me faire souffrir.* » (Cf. Annexe 9.2.6. Q7.1.).

Ces entretiens montrent une reconnaissance du rôle de stabilisateur du traitement, souvent après des années d'instabilité. Le traitement est davantage perçu comme une condition nécessaire pour le bon fonctionnement de la personne traitée.

Cependant, trois personnes interrogées ne prennent pas ou plus de traitement médicamenteux. Ce refus est motivé par différentes raisons. Paola explique son refus en disant : « *Un traitement était pas compatible parce que j'allait mes enfants et je fume. J'étais pas prête à devoir faire des sacrifices à contrecœur [...].* » (Cf. Annexe 9.2.3. Q8.), elle souligne les contraintes imposées par le traitement sur son mode de vie. Néanmoins, le refus de prendre un traitement pour Paola a également été nourri par un effet secondaire particulièrement rare. Durant son hospitalisation, un traitement fonctionnait sur elle mais elle perdait des cheveux à cause de celui-ci : « *Je refusais de perdre une partie de moi-même.* » (Cf. Annexe 9.2.3. Q8.3.). Dans le cas de Viviane, ce sont les effets secondaires qui l'ont poussée à arrêter le lithium. Elle a développé une neuropathie due à une intoxication au lithium. Ce dernier a endommagé certains nerfs, ce qui lui causait des fourmillements, un ralentissement mental et surtout des troubles de la mémoire (Cf. Annexe 9.2.7. Q8.4.). Pour Valentine, l'arrêt du lithium a été temporaire. Elle a dû l'arrêter pendant sa grossesse et passer au Lambipol afin de protéger le fœtus, mais dès son accouchement elle est retournée au lithium (Cf. Annexe 9.2.5. Q8.4.).

4.2.2 Suivi psychiatrique

La médication est le point clé mais la psychothérapie reste très importante. Le suivi est basé sur trois axes. Le premier est la médication comme vu précédemment. Le deuxième axe est l'apprentissage du trouble, la recherche de renseignements pour connaître son trouble dans les moindres détails. Et le dernier axe est un travail plus personnel. Il s'agit le suivi psychothérapique pour les patients mais également pour la famille proche (Selon HUG, Troubles bipolaires). Au-delà de la médication, le suivi psychiatrique et psychologique est un pilier fondamental du parcours de soins. Neuf personnes sur dix bénéficient ou ont bénéficié d'un suivi régulier, souvent décrit comme indispensable. Plusieurs participants soulignent l'importance de la complémentarité entre psychiatre et psychologue. Valentine explique alors « *Mon psychologue et mon psychiatre sont vraiment complémentaires.* » (Cf. Annexe 9.2.5. Q8.1.).

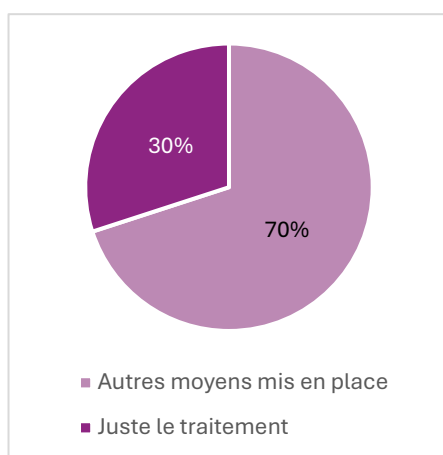


Le suivi est souvent décrit comme un espace sécurisant qui permet de verbaliser ses difficultés. Adeline dit être suivie de manière hebdomadaire (Cf. Annexe 9.2.8. Q8.2.), ce qui est perçu comme un facteur de stabilisation.

Cependant, certaines personnes ne sont pas suivies régulièrement voire plus du tout. Cela peut être caractérisé par un manque de confiance envers les professionnels souvent lié à une errance diagnostique prolongée.

Il y a également le CMP, centre médico-psychologique à Delémont, qui offre un suivi régulier en psychothérapie. Il est composé de deux ailes. Il y a le CMPEA pour les enfants et adolescents de moins de dix-huit ans et le CMPA pour les adultes à partir de dix-huit ans. Le CMPEA offre des consultations ambulatoires partout dans le canton. C'est un lieu de consultation qui offre des psychothérapies pour les souffrances psychiques et pour les pathologies mentales tel que le trouble bipolaire. Il y a une très grande disponibilité pour les psychothérapies comme l'explique M. Mertens (Cf. Annexe 9.1.2.).

4.2.3 Autres moyens



En complément du traitement médical, sept personnes disent avoir mis en place des stratégies afin de gérer leur trouble. Ces moyens présentés comme insuffisants à eux seuls mais comme soutien important dans la vie quotidienne.

Plusieurs participants évoquent l'importance de faire diverses activités qui permettent de réduire le stress ou de canaliser l'énergie. Corentin explique que le contact avec la nature joue un rôle important :

« *Quand je m'occupe des moutons et que je travaille*

dans l'entreprise laitière, ça me permet de faire quelque chose qui me plaît vraiment et de me vider la tête. » (Cf. Annexe 9.2.6. Q7.1.).

D'autres personnes mettent en avant des pratiques de relaxation. Adeline explique que le yoga lui permet de retrouver un apaisement intérieur (Cf. Annexe 9.2.8. Q8.1.).

La pair-aidance et les groupes de paroles entre personnes bipolaires est l'aspect qui ressort le plus. Xander explique avoir beaucoup appris grâce aux discussions avec ses pairs et souligne l'importance de pouvoir échanger avec des personnes dans la même situation (Cf. Annexe 9.2.4. Q1.2.).

Certaines personnes évoquent aussi des stratégies afin d'éviter volontairement certaines situations sociales et pour prévenir une potentielle rechute. Valentine évoque par exemple qu'elle évite des situations : « Si je sais que la soirée va se résumer en grosse beuverie je n'y vais plus. ». Elle utilise cette méthode afin de se protéger et de ne pas s'infliger des situations qui pourraient déclencher un épisode quel qu'il soit.

Dans le Jura, A3 est une association des familles et amis de personnes souffrant de maladies psychiques. Elle a pour objectif de soutenir les proches de personnes atteintes. C'est un lieu où les proches échangent avec des personnes ayant le même vécu. Cela permet à l'entourage de mieux comprendre et de savoir comment agir face à la maladie. Il existe également une association dans le canton de Genève nommée ATB&D.

Pour comparer avec d'autres pays et pour également parler d'une association dont un grand nombre de personnes que j'ai interrogées font partie, je vais parler de l'association Le Funambule. Cette association d'origine belge, créée en 2000, a pour but d'accompagner les personnes souffrant de bipolarité en proposant des groupes de parole, de la psychothérapie, une autogestion et un programme de pair-aidance. Le principe de la pair-aidance est un partage d'expérience entre plusieurs personnes ayant vécu la même chose. Parfois, c'est une personne « guérie » qui va accompagner une autre personne souffrant de bipolarité dans ce processus en lui donnant des conseils. Cette association est très importante pour les personnes bipolaires car elle propose un réel soutien psychologique.

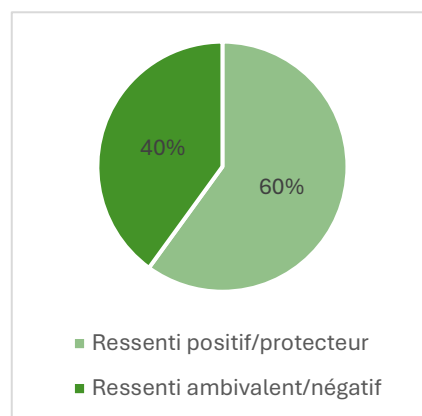
Les associations ont une part très importante dans le processus d'acceptation du trouble de la part des personnes bipolaires.

Ces moyens alternatifs apparaissent comme des outils afin d'améliorer son quotidien. Ils permettent aux personnes concernées de mieux anticiper leurs limites, de réduire leurs épisodes et d'améliorer indirectement la qualité de leurs relations sociales. Néanmoins, aucun participants ne les considère comme suffisant sans un cadre thérapeutique.

4.2.4 Ressenti

Le ressenti face au traitement est marqué par une ambivalence profonde, présente dans la majorité des entretiens. Comme Paola l'a déjà exprimé, « *Je refusais de perdre une partie de moi-même.* », elle a alors refusé de prendre un traitement car elle le considérait comme une atteinte à sa personnalité (Cf. Annexe 9.2.3. Q8.3.).

Au contraire, d'autres témoignages montrent une évolution du regard posé sur leur traitement. Comme Valentine l'a déjà dit, son traitement lui permettait de se protéger d'elle-même et de préserver ses relations sociales (Cf. Annexe 9.2.5. Q8).

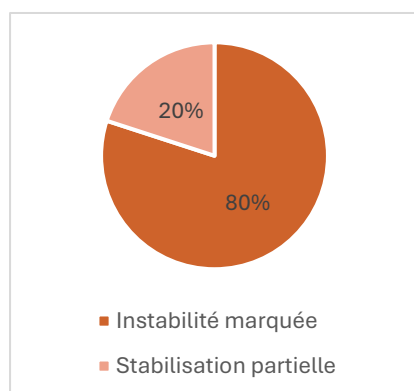


4.3 Impact du trouble sur les personnes atteintes

4.3.1 Professionnels

L'impact professionnel du trouble bipolaire est énorme. Huit personnes sur dix décrivent une carrière professionnelle marquée par l'instabilité. Plusieurs personnes évoquent une succession d'emplois de courte durée, souvent interrompus par l'arrivée d'un épisode. Lila illustre très bien l'instabilité professionnelle : « *Je changeais de travail tous les ans voire tous les deux ans de travail. [...] Je finissais toujours par démissionner.* » (Cf. Annexe 9.2.2. Q8.). Elle illustre l'impossibilité de maintenir une continuité professionnelle mais aussi une forme d'épuisement face à l'incompréhension du monde du travail. Valentine a été dans le même cas que Lila. Elle avait besoin d'un changement constant (Cf. Annexe 9.2.5. Q9.-10.).

Dans le cas de Michael, un arrêt total de travail a dû s'imposer. Cela fait une dizaine d'années qu'il a été mis en invalidité professionnelle car son trouble prenait trop de place et qu'il n'était pas capable de travailler (Cf. Annexe 9.2.10. Q12.). Cette absence de cadre professionnel est vécue comme une désorganisation totale de la vie.



L'errance diagnostique joue ici un rôle très important. Avant la reconnaissance du trouble, les difficultés professionnelles peuvent être interprétées comme un manque de motivation et de compétences.

Toutefois, cinq personnes décrivent une amélioration partielle de leur situation après la mise en place d'un traitement et/ou d'un suivi régulier. Xander explique que le diagnostic lui a permis de retrouver un cadre et à mieux gérer ses responsabilités en limitant les excès ce qui caractérisaient sa vie professionnelle antérieure. (Cf. Annexe 9.2.4. Q9.). Cette stabilisation reste néanmoins fragile et dépendante de l'équilibre psychique.

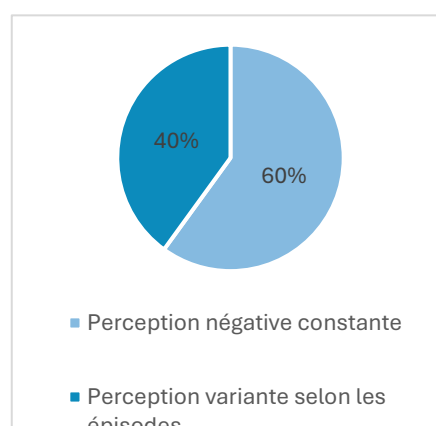
Le trouble bipolaire affecte la vie professionnelle à cause des symptômes, mais également par le regard social porté sur la santé mentale.

4.3.2 Sa propre perception

Environ six personnes sur dix décrivent une image d'elles-mêmes négative, marquée par la culpabilité et la dévalorisation. Alors que quatre personnes évoquent une perception ambivalente, entre valorisation et dévalorisation selon les phases du trouble. Les entretiens mettent en évidence une oscillation entre des phases de valorisation extrême et des phases de dévalorisation intense due principalement aux symptômes de chacun des épisodes. Lors des phases hautes, certaines personnes décrivent un sentiment de toute-puissance et d'efficacité. Xander explique : « *J'étais increvable, je pouvais travailler 16h de suite.* » (Cf. Annexe 9.2.4. Q3.). Ces périodes peuvent alors être perçues comme positives et gratifiantes. Elles peuvent renforcer l'estime de soi à court terme.

En revanche, les phases dépressives sont souvent associées à une image de soi très négative. Damien exprime une profonde dévalorisation en affirmant « [...], *j'estimais que je ne méritais pas le bonheur ni un équilibre et une stabilité.* » (Cf. Annexe 9.2.9. Q19.1.). Il illustre un sentiment de perte de légitimité à exister ou à aller bien. Amélie exprime un sentiment de culpabilité constant vis-à-vis de son entourage : « *J'attends rien d'eux parce que j'ai l'impression d'être un poids pour eux.* », ce qui peut la freiner dans sa demande d'aide (Cf. Annexe 9.2.1. Q15.2.).

Cette oscillation permanente fragilise l'identité de la personne et la construction de relations sociales stables. La manière dont la personne se perçoit influence directement la façon dont elle se positionne dans ses relations sociales.



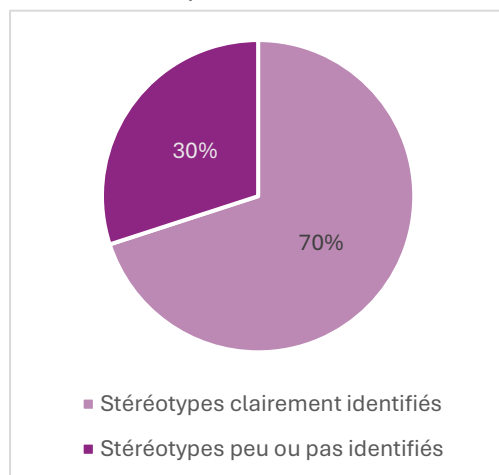
4.4 Stigmatisation et perception sociale

Les entretiens montrent de manière très nette que la perception sociale du trouble bipolaire est un facteur déterminant pour la qualité, la stabilité voire même l'existence de relations sociales. Les personnes interrogées ne parlent pas uniquement des

symptômes ou de comportements précis mais surtout du regard porté sur elles ce qui influence beaucoup les interactions sociales, leur place dans la société et leur sentiment d'inclusivité.

4.4.1 Stéréotypes existants

La majorité des personnes interrogées rapportent l'existence de stéréotypes associés au trouble bipolaire. Parfois, ils sont véhiculés par les médias ou l'imaginaire collectif.



La similitude la plus forte entre les discours est le sentiment d'être réduit à son diagnostic. Michael explique : « *J'avais l'impression que certaines personnes me voyaient juste comme quelqu'un de bipolaire avant d'être humain [...].* » (Cf. Annexe 9.2.10. Q19.1.). Il met en lumière le fait que le diagnostic prend le pas sur l'individualité. Le trouble devient le seul regard à travers laquelle la personne est perçue. Dans le cas de Corentin, le même sentiment est véhiculé « *Ils me prennent pour le petit malade de la famille.* » cependant, ce

n'est pas le seul sentiment qu'il ressent « *Je me sens pas réduit à ma bipolarité, je sens que je compte pour eux malgré ça.* » (Cf. Annexe 9.2.6. Q18.). Ce mécanisme apparaît également dans les contextes familiaux « *La folle copine de maman.* » (Cf. Annexe 9.2.5. Q17.2.). On perçoit une disqualification sociale, la personne n'est plus reconnue pour ses qualités mais par sa bipolarité. Le témoignage de Corentin est très intéressant car il exprime deux ressentis complètement opposés.

Cela montre que les stéréotypes présents de la part de l'entourage peuvent varier car cela dépend de leur niveau d'information sur le trouble bipolaire.

Ces stéréotypes associent fréquemment la bipolarité à l'imprévisibilité, à l'instabilité et même parfois à la dangerosité, ce qui influence la manière dont les personnes sont perçues et traitées dans leur entourage.

4.4.2 Stigmatisation publique et structurelle

Les dix participants évoquent le poids du jugement social. Toutefois, six personnes sur dix rapportent avoir été confrontées à des formes de stigmatisation publique ou structurelle, notamment dans le milieu professionnel ou institutionnel. Alors que quatre personnes déclarent ne pas avoir identifié de stigmatisation. Certains cachent leur diagnostic par peur d'être jugées comme « instables ». La stigmatisation semble particulièrement forte dans le milieu professionnel (Selon la Fondation Pro Mente Sana, Rapport 2022 sur la santé psychique en Suisse). La stigmatisation ne se limite pas aux interactions individuelles mais s'inscrit également dans les cadres institutionnels. Lila explique : « *J'avais l'impression d'être en porcelaine. Ils prenaient tout le temps des pincettes avec moi et ça m'énervait.* » (Cf. Annexe 9.2.2. Q12.2.), soulignant une attitude

de surprotection. Même si cette attitude peut paraître bienveillante, elle est vécue par Lila comme dévalorisante car elle rejette les capacités de la personne en la réduisant à son trouble.

Certaines personnes évoquent également des dissimulations du trouble surtout dans le cadre professionnel. Ce qui est le cas de Viviane, qui a décidé d'éviter d'en parler à son employeur par peur des conséquences « *Si un jour je décide de partir de cette asso' et que je veux postuler dans une autre je sais que ça va être possible car entre eux les employeurs parlent et ils ne veulent pas des fous. C'est pour ça que je le dis pas à mon chef.* » (Cf. Annexe 9.2.7. Q12.1.).

4.5 Comparaison entre les genres

L'analyse des entretiens met en évidence que le trouble bipolaire est vécu et perçu différemment selon le genre, non pas tant en raison de différences symptomatiques, mais surtout en lien avec les normes sociales et les attentes qui pèsent sur les individus. Ces normes influencent la manière dont la souffrance psychique est exprimée, perçue et acceptée par l'entourage.

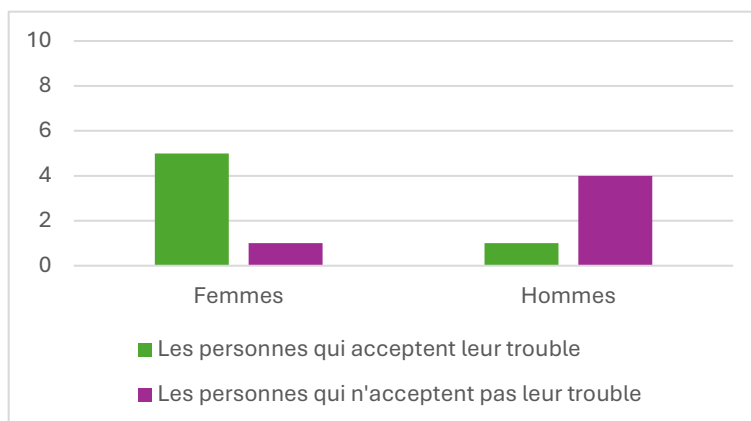
Chez les hommes interrogés, le discours met fréquemment en avant une opposition sur le fait d'exprimer ses sentiments. Michael explique qu'on lui a souvent répété « *Tu es un homme, tu as une famille à ta charge, tu dois te ressaisir.* » (Cf. Annexe 9.2.10. Q19.2.). Cela traduit une norme sociale de virilité associée à la force et au contrôle, ce qui rend l'expression de la vulnérabilité socialement moins acceptable. Dans ce contexte, les symptômes chez les hommes sont davantage minimisés, ce qui peut retarder la demande d'aide et renforcer l'isolement. Comme le précise très bien Xander « *Si le diagnostic arrive si tard chez les hommes ce n'est pas pour rien.* » (Cf. Annexe 9.2.4. Q18.3.).

Pour Corentin, c'était compliqué d'assumer ses faiblesses par peur du regard de la société mais également à cause des valeurs que sa famille lui a inculquées dès son plus jeune âge : « *C'était très compliqué de devoir faire face à ma fragilité en tant qu'homme.* » (Cf. Annexe 9.2.6. Q18.3.).

A l'inverse, les femmes interrogées décrivent plus fréquemment un jugement moral et social porté sur leurs comportements, en particulier lors des phases maniaques ou hypomaniaques. Xander rend compte de cette différence « *Un homme qui collectionne les femmes on lui dit rien mais une femme bipolaire est perçue comme une folle hystérique et la première des salopes.* » (Cf. Annexe 9.2.4. Q18.2.). Il illustre très bien comment les comportements jugés excessifs sont interprétés à travers des stéréotypes sexistes, associant les femmes à l'irrationalité.

Cela peut mener à un sentiment de culpabilité chez certaines femmes, lié à l'idée de ne pas correspondre aux normes sociales associées à leur genre.

Les normes sociales imposées peuvent alors repousser les hommes et les femmes à ne pas assumer leur trouble bipolaire. Parmi les six femmes interrogées, cinq déclarent assumer leur trouble bipolaire contre un seul sur quatre chez les hommes. Les hommes sont ainsi plus nombreux à dissimuler leur diagnostic.

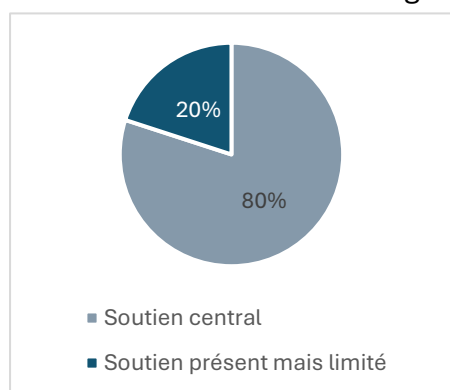


4.6 Relations sociales

Les participants décrivent des difficultés à maintenir des relations stables, notamment en raison de comportements perçus comme « imprévisibles » durant les phases maniaques. Chez les personnes diagnostiquées plus tôt et accompagnées régulièrement, les relations sont souvent plus solides. Cela montre l'importance du suivi en continu et du soutien de l'entourage proche.

4.6.1 Rôle des proches

Les proches rapportent un sentiment d'impuissance, mais aussi une meilleure compréhension après une psychoéducation ou une recherche d'informations intensive. Les proches jouent un rôle essentiel dans la stabilisation émotionnelle, mais peuvent également être épuisées psychologiquement. Plusieurs études (HUG, 2020) recommandent un accompagnement psychologique familial. J'ai pu observer une similitude forte entre les différents entretiens. La plupart décrivent un entourage comme une ressource centrale de régulation.



Dans plusieurs entretiens, le conjoint apparaît comme la béquille principale au quotidien, surtout quand l'énergie chute ou quand l'impulsivité monte. Chez Lila ce ressenti est présent : « Ça m'aide au quotidien de savoir que quand je vais pas bien je peux compter sur mon entourage. » (Cf. Annexe 9.2.2. Q16) et elle précise que son conjoint est la personne la plus proche d'elle qui était là pendant ses épisodes les plus compliqués (Cf. Annexe 9.2.2. Q16.1.). C'est la même

dynamique dans l'entretien d'Adeline « J'ai beaucoup de chance car on est très connectés, il m'accompagne tous les jours dans ça, il est très compréhensif. [...] » (Cf. Annexe 9.2.8. Q15.3.). Dans l'entretien de Valentine, l'entourage sert d'outil de « baromètre » (Cf. Annexe 9.2.5. Q15.2.). Ici le rôle des proches n'est pas seulement affectif mais il devient une fonction à part entière dans le suivi du trouble bipolaire.

On voit souvent une attente de base « être là pour moi », mais la forme varie et en dit beaucoup sur la qualité de la relations. Dans le cas de Xander, il attend que sa mère réponde présent dès qu'il en a besoin. Elle devient un point d'ancrage pour lui « *Juste qu'ils soient là, quand je téléphone à ma mère à n'importe quelle heure qu'elle me réponde, [...].* » (Cf. Annexe 9.2.4. Q15.2.). Le discours est davantage nuancé dans l'entretien de Corentin « *J'attends de l'écoute et de la compréhension de leur part, je n'attends pas de leur part de l'aide car je sais que c'est déjà compliqué dans la vie de tous les jours d'avoir un fils ou un frère bipolaire.* » (Cf. Annexe 9.2.6. Q15.2.). Il protège son entourage en reconnaissant le poids d'être frère ou fils bipolaire et ajuste ses attentes pour éviter d'user la relation et ne la résumer qu'à ça. Pour Damien l'attente est très relationnelle, comme pour la plupart des personnes : « *Qu'ils ne jugent pas trop, qu'ils pardonnent si je pète un plomb qu'ils soient indulgents envers moi. Avant je leur demandais de comprendre mais de ne pas accepter et maintenant je leur demande juste du respect. [...].* » (Cf. Annexe 9.2.9. Q16.2.). Ce glissement de comprendre vers respecter montre souvent une fatigue de devoir se justifier et une recherche de stabilité par des règles simples : ne pas juger, rester présent et protéger.

Une minorité décrit un entourage qui « fait avec » mais ne soutient pas, voire se fatigue. Pour Paola, c'est très clair, son entourage ne la soutient pas mais reste cependant à ses côtés (Cf. Annexe 9.2.3. Q15.) et elle précise également qu'une amie a rompu l'amitié avec elle « *Je m'énervais sur elle sans aucune raison à cause de ma bipolarité.* » (Cf. Annexe 9.2.3. Q15.1.). La relation sociale est fragile car la présence n'est pas égale au soutien et l'irritabilité pèse directement sur la stabilité des liens sociaux. Pour Michael, le soutien principal ne vient pas de sa famille mais d'un tiers. C'est uniquement par sa psychiatre et ses amis de l'association le Funambule qu'il se sent soutenu, car il n'a plus d'amis extérieurs à l'association (Cf. Annexe 9.2.10. Q16). Quand les liens ordinaires se défont, les dispositifs spéciaux mis en place peuvent remplacer partiellement ou complètement le tissu social.

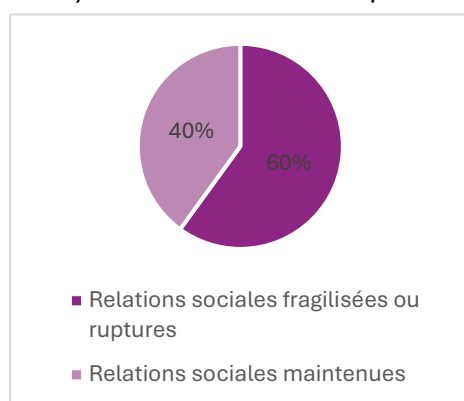
Le rôle des proches implique une confrontation directe à des situations de crises parfois très marquantes comme l'explique Samantha « *Le premier événements, c'est quand j'ai dû amener ma fille à l'hôpital parce qu'elle avait avalé des médicaments. [...].* » (Cf. Annexe 9.3.1. Q2.1.). Les proches ne sont pas seulement des soutiens émotionnels mais ils deviennent parfois des acteurs durant une gestion de crise. Patrick décrit quant à lui un rôle parental comme une adaptation permanente « *Vivre avec une bipolaire il y a un avant et un après.* » (Cf. Annexe 9.3.2. Q2.1.). Il souligne qu'en tant que père, il a dû apprendre à réagir autrement et à ajuster son comportement. Le point de vue de Jérémie est intermédiaire. Il se sent concerné et impliqué tout en ayant un pouvoir d'action limité « *[...] Depuis que je sais, je fais la part des choses et j'essaie de ne pas surréagir.* » (Cf. Annexe 9.3.3. Q2.1.). Cette posture montre que le rôle de frère ne consiste pas juste à la soutenir mais aussi à apprendre à la protéger. L'entourage familial a un rôle crucial dans la réinsertion sociale de la personne bipolaire mais également dans les nouvelles habitudes à adopter « *A partir de 2017, on a décidé de cacher tous les médicaments et*

on a essayé de faire en sorte qu'il y ait le moins d'objets tranchants accessibles. » (Cf. Annexe 9.3.1. Q7.). Ces nouvelles adaptations ont servi à protéger leur fille mais également à maîtriser ses épisodes afin qu'elle ne tente pas de se scarifier ou de se suicider.

4.6.2 Qualité et stabilité des relations

Il y a également une similitude très forte entre les participants. Les épisodes quel qu'ils soient modifient les comportements sociaux ordinaires.

a) L'isolement et la rupture du rythme social



Dans l'entretien avec Michael, l'isolement est décrit comme quelque chose qui s'est installé, il est devenu quelqu'un de très isolé avec très peu d'interactivité sociale (Cf. Annexe 9.2.10. Q14). On aperçoit une perte progressive d'un rythme de vie, moins d'énergie, moins de sorties et moins de contact social. Pour Viviane, la fatigue structure toute sa vie sociale, elle se couche très tôt, elle évite les activités qui ont un « coût énergétique » trop

intense (Cf. Annexe 9.2.7. Q14.). Dans ce cas-là, la relation sociale ne se désintègre pas par conflits mais plutôt par éloignement. Samantha parle d'un bouleversement durable de la relation mère-fille. Elle va jusqu'à exprimer la nécessité du deuil : « Il faut savoir faire le deuil de la relation que j'avais avec ma fille avant. » (Cf. Annexe 9.3.2. Q13.). Elle montre le fait que la relation ne peut plus être comme avant et qu'elle doit être reconstruite sur de nouvelles bases. Cette instabilité relationnelle n'implique pas une rupture mais une alternance constante entre proximité et distance « *Elle évolue au gré de la maladie. [...], j'accepte le fait que ça peut pas être comme ça tous les jours.* » (Cf. Annexe 9.3.2. Q13.), précise Patrick. La relation évolue au rythme du trouble bipolaire et elle est continuellement en changement.

b) Les conflits, la perte de contrôle et la culpabilité

Pour Amélie, la personne dit clairement que les phases dépressives et ses accès de colère retombent directement sur sa famille : « *Avant le diagnostic, j'ai eu des gros moments de colère pendant mes phases dépressives et ma famille se ramassait tout.* » (Cf. Annexe 9.2.1. Q17.1.). Dans le cas de Xander, on voit la conflictualité comme un symptôme durant ses phases hautes : « *Je pouvais perdre des batailles mais pas la guerre. J'en devenais fou.* » (Cf. Annexe 9.2.4. Q19.1.). L'épisode peut mener à avoir envie d'avoir raison et une idée de domination, ce qui peut user les proches. Damien raconte avoir été méchant verbalement voire physiquement envers des amis et devoir vivre avec ça. Il souligne cependant, la bienveillance reçue « *Je pouvais pas leur cacher, ils ont été très bienveillants avec moi alors je leur devais bien ça.* » (Cf. Annexe 9.2.9. Q15.1.). Pour

Jérémie, la relation fraternelle est décrite comme moins stable qu'avant. Il évoque de nombreux conflits « *On a déjà eu des embrouilles assez violentes verbalement. [...].* » (Cf. Annexe 9.3.3. Q2.1.). Il souligne cependant que la relation est devenue fragile et dépendante de l'état émotionnel de sa sœur « *C'est au jour le jour et ça dépend des jours.* » (Cf. Annexe 9.3.3. Q11.). Cette variabilité montre que la stabilité émotionnelle et relationnelle n'est jamais réellement acquise.

c) Relations amoureuses : instabilité, tension, stabilisation avec traitement, compréhension

Dans l'entretien avec Lila, le contraste avant et après diagnostic est très explicite « [...]. *Mes relations amoureuses avant mon conjoint actuel, étaient catastrophiques. [...].* » (Cf. Annexe 9.2.2. Q18.3.). La stabilité est atteinte plus tard, notamment grâce au diagnostic. Le lien entre hypersexualité, honte et instabilité est direct, Xander l'exprime : « *Je collectionnais les conquêtes comme des tableaux et j'en étais fière mais ça durait jamais longtemps.* » (Cf. Annexe 9.2.4. Q19.3.), il manifeste quand même un sentiment de honte en citant que son hypersexualité prenait de la place et qu'il en avait honte. Xander décrit également son infidélité comme une conséquence de son hypersexualité (Cf. Annexe 9.2.4. Q16.). Certaines manifestations du trouble attaquent la stabilité relationnelle par la confiance. Dans le cas inverse, plusieurs femmes décrivent une stabilité conjugale malgré des périodes dures. Valentine explique être en couple son mari depuis 2004 et qu'il est resté présent durant ses épisodes maniaques. Elle explique également que deux de ses amies sont présentes depuis de longues années et sont restées même après des événements compliqués (Cf. Annexe 9.2.5. Q17.3.). Dans l'entretien avec Adeline, la même situation ressort. Elle est mariée depuis 16 ans et son mari est un soutien quotidien (Cf. Annexe 9.2.8. Q15.3.). Ces entretiens symbolisent que la stabilité n'est pas impossible mais qu'elle dépend d'un certain cadre : communication, connaissance du trouble et adaptations.

4.6.3 Acceptation et refus

Ici, dire le diagnostic est souvent justifié par le besoin d'expliquer certaines réactions et actions afin d'éviter l'incompréhension. Les cas de Corentin, d'Amélie et de Xander illustrent très bien ce ressenti. « *Je leur devais des explications.* » dit Corentin (Cf. Annexe 9.2.6. Q14.1.). Pour Amélie et Xander, le fait de leur expliquer permettait de mieux comprendre leurs réactions. « *J'estimais que tout le monde avait besoin de savoir, pour mieux comprendre certaines de mes réactions.* » explique Amélie (Cf. Annexe 9.2.1. Q16.2.). Pour Xander, ce sont les mêmes paroles qui ont été dites « *Pour qu'ils comprennent mieux mes réactions. [...].* » (Cf. Annexe 9.2.4. Q14.1.). Certaines personnes gardent un cercle très restreint ou évitent certains contextes. Les entretiens familiaux mettent en évidence que l'acceptation du trouble bipolaire est un processus lent marqué par des périodes d'incompréhension, de choc, mais surtout d'adaptation.

Cependant, l'acceptation ne signifie pas nécessairement une communication fluide. Patrick souligne que sa fille a tendance à minimiser son état « *Quand je lui demande si elle va bien, elle répondra toujours oui.* » (Cf. Annexe 9.3.2. Q9.), ce qui oblige les proches à aller chercher les informations et cela complique la relation.

4.1 Vérification des hypothèses

La vérification des hypothèses va permettre de comparer les hypothèses formulées au début de mon travail avec les résultats de mes entretiens. Je vais donc évaluer quelles hypothèses sont confirmées, nuancées ou infirmées.

4.1.1. Première hypothèse

Pour rappel, ma première hypothèse est la suivante : Le trouble bipolaire peut fragiliser certaines relations sociales à cause des variations de l'humeur.

La totalité des entretiens que j'ai menés permet de confirmer complètement cette hypothèse. Les variations de l'humeur sont un facteur clé dans la fragilisation des relations sociales.

Ceci est très visible dans la partie 4.6., la plupart des participants expriment que la variation de leur humeur modifie leur comportement au quotidien, ce qui peut affecter directement la qualité de leurs relations sociales. Ces oscillations d'humeur peuvent entraîner des incompréhensions, voire une rupture relationnelle. Plusieurs entretiens démontrent une instabilité émotionnelle, que ce soit dans leurs relations amicales ou amoureuses, ce qui a souvent mené à un éloignement progressif. Certaines relations ont été rompues à la suite de comportements excessifs.

Les entretiens familiaux montrent que leur relation avec la personne bipolaire évolue avec le trouble bipolaire et qu'elle n'est jamais réellement stable. Les variations de l'humeur ne touchent pas uniquement la personne atteinte du trouble bipolaire, mais également son entourage le plus proche.

4.1.2. Seconde hypothèse

Ma seconde hypothèse était : Un environnement social informé et compréhensif permet de limiter ces difficultés et de favoriser une stabilité émotionnelle chez les personnes concernées.

Cette hypothèse est également confirmée par les entretiens mais mérite d'être nuancée. Un entourage informé joue un rôle important dans la vie d'une personne bipolaire. Dans la partie 4.6.1., plusieurs participants décrivent leur entourage comme un soutien important voire même comme un rôle de baromètre. Cependant, j'ai pu remarquer qu'un conjoint ainsi qu'un entourage familial ayant suivi une psychoéducation ou s'étant informé permet de mieux adapter l'aide apportée à la personne bipolaire. Cela permet de repérer les premiers signes d'un certain épisode et d'agir au mieux.

Néanmoins, il ne faut pas oublier que la présence des proches des individus bipolaires ne se limite pas uniquement à un soutien, mais cela peut réellement être un coût émotionnel. Une vigilance permanente ou encore un sentiment d'impuissance a pu être observé.

Un environnement social informé n'efface pas complètement les difficultés, mais il permet de les atténuer et de limiter au maximum les ruptures.

4.1.3. Troisième hypothèse

La méconnaissance du trouble bipolaire complique la compréhension de la part de la société. C'est ma troisième hypothèse.

L'entièreté des entretiens confirme cette hypothèse. La méconnaissance du trouble bipolaire est un facteur qui influence directement la qualité et la stabilité des relations, qu'elles soient professionnelles, familiales ou amicales.

Dans la partie 4.4., la plupart des personnes interrogées décrivent des stéréotypes présents et une réduction sociale de leur trouble. Cette méconnaissance du trouble entraîne souvent de fausses interprétations des comportements. Cette incompréhension est très visible dans le milieu professionnel ; certaines personnes préfèrent cacher leur trouble bipolaire par peur d'être jugées. Cela amène parfois les personnes bipolaires dans des situations délicates, mais également à un manque de soutien. Les entretiens montrent que l'absence d'informations claires favorise malheureusement la distance, voire la rupture sociale.

4.1.4. Quatrième hypothèse

Pour finir, voici ma dernière hypothèse : La stigmatisation reste un obstacle majeur à l'épanouissement social et à la construction de relations stables pour les personnes bipolaires.

Cette hypothèse est fortement confirmée. La stigmatisation, quelle qu'elle soit, apparaît comme un réel obstacle dans les relations sociales et dans l'intégration.

Dans la partie 4.4.2., l'ensemble des participants expriment des expériences de rejet, voire parfois de surprotection. Cette stigmatisation conduit certaines personnes à dissimuler leur diagnostic, ce qui empêche leur épanouissement total.

Par ailleurs, il ne faut pas omettre l'auto-stigmatisation. Ce sont lorsque les personnes se perçoivent de manière négative et se relie souvent aux stéréotypes de la société. Cette stigmatisation renforce le sentiment d'isolement social et fragilise parfois l'estime de soi.

4.1.5. Synthèse de la vérification des hypothèses

La quasi-totalité des hypothèses est confirmée par l'analyse des entretiens. Le trouble bipolaire influence réellement la qualité et la stabilité des relations sociales.

Les résultats montrent que les relations sociales peuvent être fragilisées mais pas automatiquement rompues. Un environnement informé et une diminution de la stigmatisation apparaissent comme des facteurs essentiels au maintien des liens sociaux. À l'inverse, la méconnaissance et les stéréotypes renforcent l'isolement et l'instabilité.

5. Conclusion

Mon travail avait pour objectif d'analyser dans quelle mesure le trouble bipolaire influence la qualité et la stabilité des relations sociales des personnes qui en sont atteintes et également d'analyser l'impact directement auprès une famille concernée. À travers les dix entretiens que j'ai pu mener auprès de personnes vivant avec ce trouble et complétés par trois entretiens avec des proches, l'analyse qualitative a permis de mettre en lumière l'impact profond et multidimensionnel de ce trouble sur la vie relationnelle.

J'ai rencontré de nombreuses difficultés lors de mon travail et la plus forte a été de trouver des hommes disposés à témoigner. J'aurais aimé en trouver en Suisse, mais malheureusement je n'ai pas atteint cet objectif.

Cependant, les objectifs fixés au début de mon travail ont été globalement atteints. L'objectif principal qui était ma problématique a été complètement atteint. Les objectifs secondaires qui visaient à identifier le rôle de l'entourage et l'impact de la stigmatisation ont également été atteints, bien que certains aspects méritent d'être approfondis.

Parmi les points forts de mon travail, j'ai pu relever la diversité des profils interrogés et l'intégration du point de vue des proches qui apporte une compréhension plus globale et sous différents axes. Le fait d'inclure des citations des personnes interrogées permet de donner une voix aux personnes concernées et également d'apporter de la crédibilité dans l'analyse.

Concernant les points à améliorer, je dirais que la petite taille de l'échantillon ne permet pas de faire une généralité concrète, de plus que le fait d'uniquement poser des questions à un moment précis ne permet pas réellement d'observer sur le long terme l'impact sur les relations sociales.

Malgré les limites de mon travail, il permet une compréhension approfondie du trouble bipolaire et de son impact social. Il offre également une base pour la déstigmatisation des maladies psychiatriques.

Ce que je ferais différemment serait d'avoir plus de sources bibliographiques et de pouvoir m'entretenir avec plusieurs psychiatres, ce que je n'ai pas pu faire par manque de temps. Je réduirai aussi la taille de mon échantillon pour l'analyse des entretiens car les entretiens sont très longs et demandent énormément de temps afin de les réécrire et d'en extraire les points fondamentaux pour l'analyse des entretiens.

J'ai appris énormément de choses en faisant ce TM. Il m'a tout d'abord permis de trouver des réponses sur ma situation familiale personnelle et d'en apprendre davantage sur un

sujet qui m'intéresse beaucoup. Je finis ce travail en étant fière car j'espère qu'il permettra d'ouvrir la voie à d'autres travaux sur ce type de sujet et qu'il permettra à certaines personnes de trouver des réponses comme ça a été mon cas.

En conclusion, mon travail montre que l'impact du trouble bipolaire sur les liens sociaux ne dépend pas uniquement des symptômes mais également du contexte social. Une meilleure information et un accompagnement adapté des proches et une réelle lutte contre la stigmatisation permettraient aux personnes souffrantes de bipolarité de se sentir membres à part entière de la société et d'être en paix avec leur trouble.

Je décide de conclure avec une citation très touchante de Valentine : *« J'avais envie de témoigner pour pouvoir donner une lueur d'espoir et dire que c'est possible de s'en sortir même si c'est pas toujours évident. Ça demande du courage et de la persévérance, mais ça vaut le coup de s'accrocher. Chaque petit pas compte. »* (Cf. Annexe 9.2.5. Mots en plus).

6. Remerciements

Je ne peux pas conclure sans exprimer ma sincère gratitude à l'ensemble des personnes qui ont participé au bon développement de mon TM. Merci à tous les participants de m'avoir consacré du temps afin de répondre à mes questions, de m'apporter de nombreuses précisions sur le trouble bipolaire et tout ce qui l'entoure et surtout de m'avoir fait confiance en m'ouvrant une part de leur intimité. C'est grâce à leur sincérité dans leurs témoignages que ce travail a pu voir le jour. Je souhaite également remercier le personnel médical et les professionnels de la santé qui ont pris le temps de m'apporter leurs connaissances et leurs conseils. Leur disponibilité et leur expertise ont été précieuses pour approfondir mon travail. Un merci tout particulier à Annick G. qui m'a mise en contact avec l'association Le Funambule. Grâce à elle, des hommes ont voulu témoigner.

7. Déclaration et autorisation

Déclaration

Je déclare par la présente que j'ai réalisé ce travail de manière autonome et que je n'ai utilisé aucun autre moyen que ceux indiqués dans le texte.

Je déclare également que j'ai respecté le contenu du chapitre 9 du guide du travail de maturité : « plagiat et IA : bonnes pratiques ». Tous les passages inspirés ou cités d'autres auteurs sont dûment mentionnés comme tels. Les recours à l'IA pour l'aide à l'élaboration de mon travail de maturité sont également mentionnés.

Je suis consciente que de fausses déclarations peuvent conduire le Lycée cantonal à déclarer le travail non recevable et m'exclure de la session d'examens à laquelle je suis inscrite.

Ce travail de maturité reflète mes opinions, il n'engage que moi-même, et non le professeur ni l'expert qui m'ont accompagné dans ce travail.

Lieu et date :

Signature :

Autorisation

Le Lycée cantonal requiert votre autorisation afin qu'un exemplaire de votre Travail de maturité soit mis à la disposition des étudiants du Lycée cantonal, par le biais de la médiathèque de l'école.

- ☐ Oui, j'accepte que mon Travail de maturité soit enregistré dans les collections de la médiathèque du lycée cantonal et mis à disposition des étudiants du lycée cantonal.
- ☐ Oui j'accepte que mon travail de maturité soit prêté à des lecteurs externes au lycée.
- ☐ Non je n'accepte pas que mon Travail de maturité soit enregistré dans les collections de la médiathèque du lycée cantonal et mis à disposition à des étudiants du lycée cantonal.
- ☐ Non je n'accepte que mon travail de maturité soit prêté à des lecteurs externes au lycée.

Lieu et date :

Signature :

8. Médiagraphie

- « Troubles bipolaires deux cerveaux humains deux personnalité en dessin... »
iStock, 12 juin 2023, <https://www.istockphoto.com/fr/vectoriel/troubles-bipolaires-deux-cerveaux-humains-deux-personnalit%C3%A9-en-dessin-au-trait-gm1497843571-520074651>.
- Unité Humeur & Anxiété - Spécialités psychiatriques à Genève - HUG.
<https://www.hug.ch/specialites-psychiatriques/unite-humeur-anxiete-uha>
Consulté le 23 septembre 2025.
- *Troubles bipolaires - Unité Humeur & Anxiété à Genève - HUG.*
<https://www.hug.ch/specialites-psychiatriques/troubles-bipolaires>. Consulté le 6 mai 2025.
- Jura, www.jura.ch, République et Canton du. *Centre médico-psychologique (CMP)*.
<https://www.jura.ch/fr/Autorites/Administration/DES/SSA/Centre-medico-psychologique-CMP/Centre-medico-psychologique-CMP.html>.
Consulté le 8 mai 2025.
- Jura, www.jura.ch, République et Canton du. *Centre médico-psychologique (CMP)*, consulté le 10 mai 2025.
- Jura, www.jura.ch, République et Canton du. *Hôpital psychiatrique de jour pour adultes*.
<https://www.jura.ch/fr/Autorites/Administration/DES/SSA/Centre-medico-psychologique-CMP/Hopital-psychiatrique-de-jour-pour-adultes-HPJA/Hopital-psychiatrique-de-jour-pour-adultes.html>. Consulté le 8 mai 2025.
- Jura, www.rfj.ch, RFJ, Radio Fréquence. *Vingt ans pour Villa Blanche*. 1 novembre 2013,
<https://www.rfj.ch/rfj/Actualites/Regionale/20131101-Vingt-ans-pour-Villa-Blanche.html>. Consulté le 8 mai 2025.« UHPA Unité d'hospitalisation psychiatrique pour adolescents | Moutier ». <https://moutier.ch/>,
<https://moutier.ch/services/sante-social-securite-solidarite/uha-uha-unite-dhospitalisation-psychiatrique-pour-adolescents/>. Consulté le 10 mai 2025.
- ZINDER-JEHEBER, <https://promentesana.org/wp-content/uploads/brochures/pms-trouble-bipolaire-2024-web.pdf> , Association romande Pro Mente sana, consulté 26 septembre 2025.
- Personnel de la clinique du trouble bipolaire de CAMH, <https://www.camh.ca/-/media/health-info-files/guides-and-publications-french/bipolar-guide-fr.pdf> ,
édition révisée, 2014, consulté le 26 septembre.
- « Trouble bipolaire ». *Wikipédia*, 14 novembre 2025. *Wikipedia*,
https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Trouble_bipolaire&oldid=230647341.
Consulté le 12 janvier.

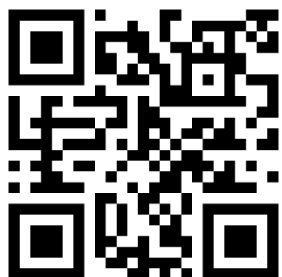
- Thierry HAUSTGEN, PSN : Psychiatrie sciences humaines neurosciences, 1 janvier 2024, page 53 à 91.
- Berquin, Anne. « Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie ». *Rev Med Suisse*, vol. 258, n° 28, août 2010, p. 1511-13. www.revmed.ch, <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2010/revue-medicale-suisse-258/le-modele-biopsychosocial-beaucoup-plus-qu-un-supplement-d-empathie>. Consulté le 5 avril 2025.
- Pomini, Valentino. « Thérapies comportementales et cognitives du trouble bipolaire : actualités et perspectives ». *Rev Med Suisse*, vol. 079, septembre 2006, p. 2104-07. www.revmed.ch, <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2006/revue-medicale-suisse-79/therapies-comportementales-et-cognitives-du-trouble-bipolaire-actualites-et-perspectives>. Consulté le 5 avril 2025.
- *Présentation - A3 Jura - Association de familles et amis de personnes souffrant de maladie mentale*. <https://www.a3jura.ch/A3Jura/Qui-somme-nous/Presentation/Presentation.html>. Consulté le 16 avril 2025.
- *Contact | Association de personnes ayant un trouble de l'humeur, bipolaire ou dépressif - Genève*. <https://association-atb.org/contact/>. Consulté le 16 avril 2025.
- « Troubles bipolaires ». *Synapsespoir*, <https://synapsespoir.ch/trouble-bipolaire/>. Consulté le 20 avril 2025.
- Groupe de professeurs et de médecins, SWISS MEDICAL FORUM, <https://www.camh.ca/-/media/health-info-files/guides-and-publications-french/bipolar-guide-fr.pdf>, n°537, 2019.
- « Troubles bipolaires ». *Fondation FondaMental*, <https://www.fondation-fondamental.org/les-maladies-mentales/troubles-bipolaires>. Consulté le 4 mai 2025.
- « De l'euphorie à la dépression, plus de 100'000 Suisses sont bipolaires | RTS ». *infoSport. rts.ch*, 24 mai 2016, <https://www.rts.ch/info/sciences-tech/7745779-de-leuphorie-a-la-depression-plus-de-100000-suissees-sont-bipolaires.html>. Consulté le 23 mai.
- DR Christian GAY & Jean-Alain GENERMONT, *Vivre avec des hauts et des bas*, Edition J'ai lu, 2004.
- Prompt donné à Chatgpt afin de faire ressortir les choses dites durant l'entretien pour les utiliser dans les parties concernées sous forme de citations. Je lui ai envoyé la synthèse des entretiens des personnes bipolaires interrogées puis j'ai écrit : «Peux-tu repérer et me dire les citations les plus intéressantes pour la partie expérience du diagnostic.». Je lui ai écrit ça pour chacun des sous-chapitres dans la partie analyse des entretiens. J'ai vérifié dans chaque entretiens si les citations étaient exactes afin de les écrire mot pour mot.

9. Annexes

9.1. Entretiens des spécialistes



9.2. Entretiens des personnes bipolaires



9.3. Entretiens de la famille proche d'une personne bipolaire



9.4. Affiche

Recherche de témoignages

Trouble bipolaire

Travail de maturité



Je m'appelle Lisa Balzarini, je suis étudiante en deuxième année au Lycée Cantonal de Porrentruy.



Je suis à la recherche de plusieurs personnes bipolaires afin de récolter des témoignages pour enrichir mon TM.



Je fais mon travail de maturité sur l'impact que la bipolarité peut avoir dans les relations sociales. Mon objectif est de comprendre comment les personnes atteintes de ce trouble le vivent et quelle est la place de l'entourage dans ce processus.



Aucun nom ni prénom ne sera mentionné dans mon travail. L'anonymat est garanti.



L'entretien pourra se faire en personne, en visioconférence ou par téléphone. Selon vos disponibilités.



Si vous connaissez des personnes ayant le trouble bipolaire ou si vous l'avez n'hésitez pas à scanner le code QR juste en dessous.

Si vous avez des questions

Email : lisa.balzarini@divlyc.ch

N° de téléphone : +41 77 437 88 88



Si vous êtes concernés

