

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LE DIAGNOSTIC DE BIPOLARITÉ
AU TEMPS DE L'INDIVIDUATION CONTEMPORAINE :
ANALYSE DE RÉCITS AUTOBIOGRAPHIQUES

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR
ELIZABETH RANCOURT

SEPTEMBRE 2018

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

J'ai eu le privilège de réaliser ce mémoire sous la direction de Marie-Chantal Doucet. Son savoir, sa rigueur intellectuelle et sa disponibilité m'ont été infiniment précieux tout au long de l'élaboration et de la rédaction de ce mémoire. Elle a su m'inspirer confiance en mes capacités à mener à terme ce projet sur un sujet qui me tient à cœur. Je lui offre toute ma reconnaissance. Elle demeurera certainement une source d'inspiration dans la poursuite de ma carrière.

Je tiens à remercier les auteurs des récits autobiographiques sélectionnés pour fins d'analyse dans le cadre de cette recherche, soit Marie Alvery, Matthieu Bonin, Hélène Gabert, Richard Langlois, Yann Layma et Agathe Lenoël. Ce projet repose sur le courage et la détermination dont ils ont su faire preuve face à la bipolarité. Je suis profondément reconnaissante pour la candeur et la générosité dont ils ont fait preuve en publiant leurs témoignages respectifs.

Tout au long de l'aventure qu'a été la réalisation de ce mémoire, j'ai eu la chance inouïe de pouvoir compter sur le soutien de ma famille, de mes ami.e.s et de mes collègues. Je tiens d'ailleurs à remercier mon milieu de travail, le Centre pour les victimes d'agression sexuelle de Montréal, pour m'avoir alloué toute la flexibilité nécessaire à la rédaction de ce mémoire. Je désire également souligner le soutien inestimable que m'ont apporté Nancy C.P. Low, Valérie Falardeau et Maria Tuineag.

Sur une note plus personnelle, un merci tout spécial à ma grande amie, Ginette Sze, à ma compagne de rédaction, Andréanne Courtemanche, ainsi qu'à mes amies et si généreuses lectrices, Martine Fortin, Marina Gérard, Edwige Lafortune et Sophie Pinto.

Manon, Félix et Gilles, les mots me manquent pour exprimer la gratitude que je ressens face au soutien que vous avez su m'apporter au fil des dernières années.

Merci pour tout!

À la mémoire de Renée Roy

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
RÉSUMÉ.....	ix
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I	
PROBLÉMATIQUE	4
1.1 Le champ de la santé mentale	5
1.1.1 L'individu contemporain au cœur du champ de la santé mentale	5
1.1.2 Affectivité, souffrance et santé mentale à l'intersection de l'individualité contemporaine	7
1.1.3 La dimension sociale des troubles de santé mentale	10
1.2 Le DSM et la nosographie psychiatrique	13
1.2.1 Le DSM : de quoi parle-t-on?	14
1.2.2 La question nosographique : catégorie et/ou dimension diagnostique ..	16
1.3 Le diagnostic de bipolarité	19
1.3.1 Les troubles bipolaires.....	19
1.3.2 Repères historiques.....	21
1.3.3 Chiffres et enjeux reliés	23
1.3.4 Le spectre bipolaire.....	25
1.4 Objectif de recherche	27
1.5 Pertinence scientifique et sociale	28
CHAPITRE II	
CADRE CONCEPTUEL	30
2.1 Mise en contexte heuristique et historique.....	31
2.1.1 La sociologie de l'individu	31
2.1.2 La modernité.....	32
2.2 L'individu contemporain.....	33

2.2.1	La grammaire de l'individu contemporain	34
2.2.2	Les règles de l'individualité contemporaine.....	39
2.3	Le travail d'individuation.....	43
2.3.1	Définition.....	43
2.3.2	L'individuation par l'épreuve	44
2.4	L'expérience sociale.....	46
2.4.1	Distinction : « Expérience » et « expérience sociale »	46
2.4.2	Définition.....	47
2.4.3	Les logiques d'action.....	48
2.5	L'inscription du diagnostic de bipolarité dans l'expérience sociale	53
CHAPITRE III		
MÉTHODOLOGIE.....		55
3.1	Stratégie générale.....	56
3.2	Le corpus.....	57
3.2.1	La spécificité du corpus	58
3.2.2	La constitution du corpus.....	62
3.2.3	La présentation du corpus.....	64
3.3	L'analyse du corpus	67
3.3.1	La méthode de traitement des données.....	68
3.3.2	L'opérationnalisation.....	70
3.4	Forces et limites de l'étude	75
CHAPITRE IV		
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....		77
4.1	Présentation des récits et des auteurs	79
4.2	L'inscription du diagnostic de bipolarité dans les registres de l'expérience sociale.....	83
4.2.1	L'intégration	84
4.2.2	La stratégie.....	90
4.2.3	La subjectivation.....	102

CHAPITRE V	
DISCUSSION DES RÉSULTATS	116
5.1 L'effet du diagnostic de bipolarité sur l'individu contemporain :	
charge cognitive, cadre relationnel et maintien identitaire	118
5.1.1 La charge cognitive liée au diagnostic de bipolarité	119
5.1.2 Mobilisation cognitive et socialisation secondaire	121
5.1.3 Diagnostic de bipolarité et socialisation secondaire	124
5.1.4 Le maintien identitaire face au diagnostic de bipolarité	126
5.2 Le diagnostic de bipolarité au temps de l'individuation contemporaine:	
anxiété existentielle et investissement cognitif	130
5.2.1 Contexte contemporain et anxiété existentielle	130
5.2.2 La dimension existentielle des troubles mentaux	132
5.2.3 L'effet existentiel du diagnostic de bipolarité	133
5.2.4 Diagnostic de bipolarité, anxiété existentielle et	
investissement cognitif	135
5.2.5 Le travail social et l'accompagnement réflexif vers la	
réappropriation de soi	137
CONCLUSION	141
BIBLIOGRAPHIE	145

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 3.1	65
Tableau 3.2	74
Tableau 4.1	115

RÉSUMÉ

Alors que plusieurs recherches se sont intéressées aux liens entre troubles dépressifs et société, les sciences sociales ont accordé peu d'attention aux troubles bipolaires. Pourtant, les enjeux que soulève aujourd'hui le diagnostic de bipolarité illustrent bien les débats qui figurent à l'avant-plan de la réorganisation du savoir psychiatrique. Le diagnostic de bipolarité acquiert par le fait même une importante portée heuristique. Dans cet ordre d'idées, la présente étude vise à explorer l'effet du diagnostic de bipolarité sur l'individu contemporain. Pour ce faire, nous avons choisi de nous concentrer sur le travail d'individuation de l'individu contemporain. Nous avons retenu la notion d'expérience sociale (Dubet, 1994, 2007) afin de rendre compte de ce travail. L'objectif de notre recherche est d'explorer l'inscription du diagnostic de bipolarité dans les trois registres d'action – intégration, stratégie et subjectivation – qui composent l'expérience sociale de l'individu contemporain. Pour ce faire, nous avons retenu une méthodologie qualitative. Nous avons formé un corpus de six récits autobiographiques que nous avons analysés en procédant à une thématisation mixte, à la fois déductive et inductive. Dans le cadre de cette étude, les auteurs des récits autobiographiques sélectionnés incarnent la figure de l'individu contemporain. Les résultats obtenus font état du travail qu'effectue l'individu contemporain face au diagnostic de bipolarité. En discussion, nous attirons l'attention sur la récurrence de la dimension cognitive dans ce travail effectué par l'individu contemporain en situation de bipolarité. Bien que cette charge cognitive soit à mettre en relation avec certaines modalités de traitement associées aux troubles bipolaires, nous proposons de l'appréhender sous l'angle d'une socialisation secondaire (Berger et Luckmann, 2012). Nous sommes ainsi en mesure d'identifier les enjeux relationnel et identitaire que soulève le diagnostic de bipolarité. Plus encore, nous suggérons que l'engagement cognitif observé face au diagnostic de bipolarité puisse être la façon dont l'individu contemporain supporte l'anxiété existentielle (Martuccelli, 2011) aujourd'hui associée au diagnostic de bipolarité. En plus d'illustrer la dimension existentielle des diagnostics de troubles mentaux au temps de l'individuation contemporaine, cette étude invite à investiguer la charge cognitive possiblement associée à d'autres diagnostics psychiatriques contemporains afin de continuer à réfléchir à ses implications et répercussions.

MOTS-CLÉS : bipolarité; individuation contemporaine; expérience sociale; récits autobiographiques; socialisation secondaire; anxiété existentielle

INTRODUCTION

« *All extremes of feeling are
allied with madness.* »
-Virginia Woolf, 1928

« *On ne fait pas ce qu'on veut et cependant
on est responsable de ce qu'on est.* »
-Jean-Paul Sartre, 1947

À la suite de la parution du DSM-5 en 2013, Dr Allen Frances, le psychiatre responsable du comité de révision du DSM-IV, publie un ouvrage intitulé *Saving normal : an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the medicalization of ordinary life* (Frances, 2013). Le titre de cet ouvrage – *Sommes-nous tous des malades mentaux?* en français – illustre bien les préoccupations et débats qui ont entouré l'élaboration et la parution de la plus récente version du DSM. Ces inquiétudes et questionnements, quant à la psychiatrisation du normal et à la médicalisation du social, ne datent toutefois pas d'aujourd'hui et ont déjà fait l'objet de plusieurs études, ici comme ailleurs (Kirk et Kutchins, 1992; Kutchins et Kirk, 1997; Collin et Suissa, 2007; Otero, 2012). Le DSM-5 a également eu un accueil mitigé en France (Demazeux, 2013) comme au Québec (Dubois *et al.*, 2014). Notre propos s'inscrit dans la foulée de ces préoccupations et réflexions entourant la parution du DSM-5.

De manière générale, la présente étude vise à contribuer à l'étude des aspects sociaux de la santé mentale. Nous nous intéressons à l'effet des diagnostics psychiatriques sur l'individu contemporain. Plus spécifiquement, nous avons choisi de nous pencher sur le diagnostic de bipolarité. Alors que l'inflation du phénomène dépressif a retenu l'attention de plusieurs (Ehrenberg, 1998; Moreau, 2009; Otero, 2012), la bipolarité

demeure un diagnostic peu étudié du côté des sciences sociales. Pourtant, Frances (2013) identifie le trouble bipolaire comme un de ces diagnostics, avec l'autisme et le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité, dont l'inflation depuis le milieu des années 90 représente une véritable « fausse épidémie » (Frances, 2013 : 18). Le cas de la bipolarité permet d'illustrer un nombre d'enjeux qui figurent à l'avant-plan de la réorganisation du savoir psychiatrique, à commencer par la question de l'approche nosographique à privilégier. La bipolarité illustre également la montée des modèles spectraux en psychiatrie. En ce sens, le diagnostic de bipolarité met en lumière certaines des modifications sociohistoriques qui marquent le champ, aujourd'hui élargi, de la santé mentale. En soi, il s'agit également d'un diagnostic dont on entend de plus en plus parler. À titre d'exemple, le 30 mars, jour d'anniversaire de Vincent Van Gogh – qui porte le diagnostic de bipolarité de façon posthume –, est désormais la Journée mondiale des troubles bipolaires (Masson, 2016).

Si la désignation diagnostique bipolaire est dans l'air du temps, d'un point de vue sociohistorique, ce temps est celui de l'individuation contemporaine. Dans cette « seconde modernité » (Martuccelli et Singly, 2012), l'individu fait figure d'institution (Doucet, 2017; Otero, 2017) et porte largement la charge de la configuration contemporaine de l'articulation individu-société. Dans ce contexte, la santé mentale de l'individu contemporain acquiert une valeur sacrosainte alors même qu'elle se fragilise et devient, plus que jamais, l'objet d'une attention surdimensionnée. Le temps de l'individuation contemporaine correspond également à un moment d'envergure inégalée pour le phénomène autoréférentiel et autobiographique (Doucet, 2017). Conséquemment, dans la présente étude, nous avons choisi d'observer l'effet du diagnostic de bipolarité sur l'individu contemporain à travers ce prisme autobiographique, une lunette qui est, elle aussi, tout à fait dans l'air du temps.

Dans le premier chapitre, nous contextualisons notre intérêt pour le diagnostic de bipolarité. À cette fin, nous abordons l'ampleur sans précédent qu'occupe le champ de la santé mentale dans la configuration contemporaine de l'articulation individu-société. Puis, nous déplaçons notre regard vers le champ psychiatrique et la question de l'actualisation du savoir psychiatrique. Le diagnostic de bipolarité illustre bien certains des enjeux qui y sont associés. Dans le second chapitre, nous abordons différentes facettes par lesquelles il est possible d'appréhender l'individu contemporain. Nous survolons par la suite les règles associées à l'individualité contemporaine. Puis, nous abordons le travail d'individuation qui incombe à l'individu contemporain, travail que nous choisissons de saisir à travers la notion d'expérience sociale (Dubet, 1994, 2007). Dans le troisième chapitre, nous abordons la méthodologie sélectionnée, soit l'analyse qualitative d'un corpus de récits autobiographiques portant sur l'expérience de leurs auteurs avec le diagnostic de bipolarité. Nous présentons les résultats obtenus dans le quatrième chapitre. Dans le cinquième chapitre, nous attirons l'attention sur la récurrence de la dimension cognitive dans les résultats observés. Nous proposons ensuite une interprétation des résultats obtenus qui permet de dégager les enjeux relationnel, identitaire et existentiel associés au diagnostic de bipolarité au temps de l'individuation contemporaine. En conclusion, nous présentons une synthèse des éléments abordés dans ce mémoire et nous abordons les pistes de recherche qui émergent de la présente étude.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

Dans ce premier chapitre, nous contextualisons notre intérêt pour le diagnostic de bipolarité en le reliant à la question nosographique qui est au centre de la réactualisation du savoir psychiatrique (Widakowich *et al.*, 2013). Nous situons également le périmètre d'action actuel de la psychiatrie dans le cadre de l'élargissement inégalé du champ de la santé mentale qui caractérise les sociétés occidentales contemporaines (Doucet, 2017). Comme nous le verrons, les préoccupations sans précédent pour la santé mentale sont symptomatiques de la place que la configuration contemporaine de l'articulation individu-société accorde à l'affectivité et à la souffrance. Si la grammaire de la plainte de l'individu contemporain reflète les règles associées à l'individualité contemporaine, le vocabulaire de cette même plainte puise largement dans le lexique psychiatrique. Le diagnostic de bipolarité apparaîtra comme un cas de figure intéressant pour illustrer l'enjeu nosographique au centre de la réactualisation du savoir psychiatrique entamée avec l'élaboration et la publication du DSM-5. Hormis la question du spectre bipolaire, nous soulignons le glissement de la bipolarité vers un trouble de l'humeur *et* de l'activité. La bipolarité se saisit alors de deux facettes de l'individu contemporain : l'individu affectif – et sa subjectivité souffrante – et l'individu actif – l'entrepreneur de soi. La bipolarité serait-elle la prochaine épreuve à laquelle sera confronté l'individu contemporain? Alors que cette question dépasse largement l'ampleur de la présente étude, nous proposons d'aborder la question de la bipolarité quelque peu en aval. Nous nous intéressons à l'effet du diagnostic de bipolarité sur l'individu contemporain.

1.1 Le champ de la santé mentale

Dans cette première section, nous désirons contextualiser notre intérêt pour le diagnostic de bipolarité en le situant à l'intérieur du champ de la santé mentale. Nous désirons également attirer l'attention sur la dimension sociohistorique des préoccupations concernant la santé mentale et les troubles de santé mentale. Nous présentons d'abord une définition de la santé mentale. Puis, nous examinons le contexte de l'émergence actuelle de la santé mentale comme idéal normatif dans les sociétés occidentales contemporaines. Nous examinons par la suite la dimension sociale des troubles qui ponctuent l'idéal de santé mentale contemporain afin de mettre en contexte la pertinence sociale de s'attarder à la question de la nosographie psychiatrique.

1.1.1 L'individu contemporain au cœur du champ de la santé mentale

Les sociétés occidentales contemporaines sont face à un élargissement sans précédent du champ de la santé mentale (Doucet, 2017). L'émergence récente du terme « santé mentale », porté mondialement par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), renvoie à la fois à la dimension proprement psychique de la santé ainsi qu'à l'organisation et aux politiques sociosanitaires qui visent le traitement et la prévention des troubles de santé mentale (Demailly, 2011). Bien que le terme « santé mentale » soit désormais presque synonyme du mot « psychiatrie » (Demailly, 2011), la portée du champ de la santé mentale dépasse celle du champ psychiatrique et, comme nous le verrons, prend racine dans le matériau même de l'individualité contemporaine.

L'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »

(OMS, 2016). La santé mentale exige, elle aussi, davantage que l'absence de maladie et possède une consistance qui lui est propre. L'OMS la définit la comme suit :

La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. (OMS, 2016)

Toujours selon l'OMS, « [d]ans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté » (OMS, 2016). De ce fait, la santé mentale devient la condition *sine qua non* du fonctionnement optimal de l'articulation entre l'individu et son environnement, la société. En d'autres mots, la santé mentale recouvre maintenant la question de la relation individu-société (Doucet, 2016).

Un autre constat émerge de cette définition : le champ de la santé mentale renvoie désormais aussi à la figure de l'inclus. Alors que la santé mentale put, il n'y a pas si longtemps, représenter une préoccupation réservée aux « malades mentaux » et autres exclus et marginaux, elle est maintenant également l'enjeu de l'« individu ordinaire » et de son « individualité ordinaire »¹ (Otero, 2012). Ehrenberg (2005) voit un important « retournement hiérarchique » dans cette amplification de la latitude d'action de la santé mentale : « la maladie mentale est désormais un aspect subordonné de la santé mentale et de la souffrance psychique » (Ehrenberg, 2005 : 21). Dans la présente étude, nous nous intéressons à l'émergence de cette figure de

¹ Dans *L'Ombre portée* (2012), Otero définit l'individualité sociale « ordinaire » comme étant « celle qui a cours à un moment donné dans une société donnée et à laquelle on doit, d'une manière ou d'une autre, se référer » (Otero, 2012 : 16). Otero explique qu'elle permet à l'individu de se situer par rapport aux autres ainsi que de « savoir » s'il se trouve « en défaut » (Otero, 2012 : 16). Elle a une valeur normative.

l'inclus dans le champ de la santé mentale, à l'intersection entre déviance et inclusion.

Dans la section qui suit, nous désirons contextualiser l'émergence du champ élargi de la santé mentale en le plaçant en relation avec l'ubiquité de la souffrance caractéristique de l'individualité contemporaine. Nous verrons que le périmètre élargi du champ de la santé mentale est tributaire de la configuration contemporaine de l'articulation individu-société et nous tracerons les contours de cette configuration.

1.1.2 Affectivité, souffrance et santé mentale à l'intersection de l'individualité contemporaine

Si l'élargissement du champ de la santé mentale s'appuie sur la souffrance qui afflige l'individu contemporain, la prémisse de cette situation se situe dans l'ancrage sociohistorique du champ affectif qui accueille la plainte de l'individu contemporain. Après avoir abordé cet ancrage ainsi que la relation entre souffrance et santé mentale, nous introduisons une définition de la configuration contemporaine de l'articulation individu-société sur laquelle repose le champ élargi de la santé mentale dans les sociétés occidentales contemporaines.

Le champ affectif, dans lequel se manifeste la souffrance d'aujourd'hui, est le produit d'une construction historico-culturelle : l'affectivité révèle « l'air du temps » (Doucet, 2013 : 56). La dimension culturelle renvoie ici à « un ensemble de significations » (Doucet, 2013 : 48). Dans la mesure où ces significations sont socialement ancrées, il est possible d'avancer que l'élaboration du champ affectif s'articule à l'univers sociosymbolique en cours à une époque donnée. La souffrance et ses manifestations ne peuvent être comprise hors de ce champ sociosymbolique et des modes subjectifs qu'il sous-tend (Doucet, 2013). En ce sens, la configuration contemporaine du champ affectif – l'ubiquité des subjectivités souffrantes qui le

caractérise – nous renseigne sur la configuration sociohistorique de l’articulation individu-société, sur les règles associées à l’individualité contemporaine (Doucet, 2013).

La plainte de l’individu contemporain retient l’attention de plusieurs (Ehrenberg, 1998, 2005, 2010; Otero, 2012; Doucet, 2013; Namian, 2013). Or, l’étude de la souffrance qui mobilise le champ affectif de l’individu ordinaire contemporain ne peut faire l’économie d’une « réflexion complexe reposant sur l’articulation de l’individuel et du social » (Doucet, 2011a : 159). Chez Doucet (2013), la souffrance associée à l’individualité contemporaine est accompagnée d’un impératif de travail sur soi. Chez Namian (2013), la « démocratisation » sans précédent de la souffrance témoigne du passage d’une « souffrance de distinction », réservée à l’élite, éloignée de la portée de l’« individu ordinaire », à une « souffrance de singularités ». Cette situation est tributaire d’une mutation structurelle vers une individualité « de singularité » portée par une « société singulariste » (Martuccelli, 2010, cité dans Namian, 2013). Ici, l’étude de la souffrance révèle une configuration de l’articulation individu-société qui repose sur une reconnaissance sans précédent de la singularité. Dans un cas comme dans l’autre, le champ de la santé mentale constitue le réceptacle de cette souffrance.

Pour Ehrenberg (2005), le couple santé mentale/souffrance psychique vient aujourd’hui mobiliser la relation normal-pathologique. Par le fait même, la santé mentale renvoie non plus à un individu malade, mais à un individu normal, voire idéal. La santé mentale s’est élevée au rang de la normativité générale; elle balise l’activité de l’individu ordinaire en lui enjoignant une démonstration constante d’autonomie et d’initiative (Ehrenberg, 1998, 2005).

La santé mentale inclut tout ce qui désigne l'idéal de l'individu socialisé d'aujourd'hui: l'individu autonome, dont l'équilibre intérieur lui permet de se comporter comme un tout autonome. (Ehrenberg, 2005 : 36)

Cette exigence d'autonomie laisse toutefois l'individu contemporain souffrant.

En ce sens, l'élargissement du champ de la santé mentale accompagne la plainte de l'individu contemporain. Pour l'objectif du présent exposé, nous dirons que le couple santé mentale/souffrance (psychique) repose sur une configuration contemporaine de l'articulation individu-société qui allie :

- 1) une individualité contemporaine qui demande à l'individu ordinaire de faire preuve d'autonomie et d'initiative dans l'entreprise de soi (Ehrenberg, 1998, 2005, 2010) et à l'individu souffrant de réaliser un travail sur soi (Doucet, 2013); à
- 2) une société qui demande à l'individu de dévoiler et d'entretenir sa singularité, toute ordinaire soit-elle (Martuccelli, 2002, 2010; Namian, 2013) et dans laquelle l'individu en soi fait figure d'institution (Doucet, 2017; Otero, 2017).

La première portion de cette combinatoire représente ce que nous désignerons en tant que règles de l'individualité contemporaine. Nous reconnaissons également avec Namian (2013) « deux facettes intimement liées de l'individualité contemporaine », soit l'affectivité et l'activité² (Namian, 2013 : 29). Nous verrons comment le diagnostic de bipolarité se saisit précisément de ces deux facettes de l'individu contemporain. Dans le chapitre suivant, nous aborderons la façon dont cette

² Bien que nous attirions ici l'attention sur ces facettes de l'individualité contemporaine, d'autres facettes sont également importantes, notamment la cognition.

articulation repose largement sur les épaules de l'individu contemporain et son travail d'individuation.

Pour l'instant, nous sommes en mesure d'affirmer avec Demailly (2011) que l'élargissement du champ de la santé mentale découle d'un changement au niveau du régime symbolique et d'une reconfiguration du lien social³ (Demailly, 2011 : 46). Nous assistons à la montée normative de l'idéal de santé mentale, une situation qui prend racine dans la configuration contemporaine de l'articulation individu-société. Si l'élargissement du champ de la santé mentale offre un réceptacle à la plainte de l'individu contemporain, ce même élargissement a amplifié significativement le champ d'action psychiatrique. À la fin du 20^e siècle, la psychiatrie contemporaine délaisse la déraison pour se réorganiser sur la souffrance (Ehrenberg, 1998 : 52, cité dans Sicot, 2006). Le champ psychiatrique offre un lexique extensif pour nommer « l'ensemble des “failles” de l'individualité ordinaire » (Otero, 2012 : 126).

1.1.3 La dimension sociale des troubles de santé mentale

Selon Ehrenberg (2005), un problème de santé mentale fait désormais simplement référence à un sentiment de souffrance psychique. Or, si le vocabulaire qui nomme la souffrance contemporaine provient largement du champ psychiatrique, la grammaire de cette souffrance dépasse, elle, le champ psychiatrique. Dans la présente section, nous nous penchons sur la dimension sociale des troubles de santé mentale ainsi que sur certaines manières de l'appréhender.

³ Demailly (2011) définit le lien social comme suit : « Le lien social pourrait alors être défini comme la configuration des rapports sociaux dans un ensemble humain sociohistorique donné ainsi que le discours, les représentations qui organisent cette configuration » (Demailly, 2011 : 46).

Du côté de la sociologie de la santé, la dimension sociale des maladies est largement acceptée (Dorvil, 2006; Sicot, 2006). « Pour le sociologue, souligne Sicot, la maladie est le sens social donné à un état » (Sicot, 2006 : 220). Par contre, Dorvil (2006) remarque un brouillage des pistes du côté de la santé mentale en vertu notamment de l'aspect fortement contesté de la maladie diagnostiquée et de la distinction évanescence entre l'état de maladie et de santé mentale. Velpry (2008) explique qu'il existe une polarisation autour de la maladie mentale en sciences sociales, notamment en ce qui concerne la relation entre ses dimensions sociale et pathologique. À un extrême, la maladie mentale devient « une entité psychopathologique entièrement indépendante du contexte social qui n'est alors que le cadre dans lequel elle prend place » alors qu'à l'autre extrême, la maladie mentale est « entièrement déterminée pas le contexte social dans lequel elle [naît] » (Velpry, 2008 : 29-30). À son tour, Demailly (2011) souligne la manière dont le regard anthropologique vient ébranler toute vision naturaliste des troubles mentaux en démontrant l'ancrage culturel de la normativité à laquelle la désignation du pathologique est arrimée (Demailly, 2011 : 23). Malgré une remise en question de l'ontologie des troubles mentaux (Kirk et Kutchins, 1992; Kutchins et Kirk, 1997), nous dirons avec Velpry (2008) qu'il y a bien « quelque chose [qui] arrive à quelqu'un »⁴. Cette réalité des troubles mentaux n'est toutefois pas exclusivement pathologique. Les troubles de santé mentale peuvent être appréhendés à travers l'étude d'un nombre de déterminants

⁴ Velpry (2008) étudie le quotidien de la psychiatrie selon une perspective interactionniste en s'intéressant à l'expérience sociale de la maladie mentale. Pour ce faire, elle propose un « ancrage dans l'individu empirique », ancrage qui permet de maintenir « la tension entre [l]es deux aspects de la maladie mentale : un objet construit socialement, mais également des états, des situations, des comportements expérimentés » (Velpry, 2008 : 40).

sociohistoriques⁵ (Demailly, 2011). En ce sens, ils sont également révélateurs de l'« air du temps ».

Tout comme le champ affectif dans lequel la souffrance s'exprime résulte d'une construction sociohistorique, les manifestations de cette souffrance possèdent une valeur heuristique et peuvent nous renseigner sur la société contemporaine (Doucet, 2013). Les troubles de santé mentale viennent, en quelques sortes, nommer la souffrance qui fait société. Otero (2014, 2015) attire l'attention sur cette consistance ontologique double des troubles mentaux, qui allient inévitablement « mental pathologique » et « social problématique ».

D'une manière semblable, le traitement réservé aux personnes atteintes de trouble de santé mentale s'articule également au champ social et à la normativité ambiante. Aujourd'hui, il ne reste plus de l'asile que l'ombre qui plane sur le champ de la santé mentale. Nous avons vu précédemment comment la santé mentale renvoie désormais également à la figure de l'inclus. Demailly (2011) remarque d'ailleurs que nous semblons être dans une « époque paradoxale » qui combine une faible tolérance aux déviations à la norme de santé mentale à une forte inclusion des individus qui présentent ces déviations (Demailly, 2011 : 32). Cette faible tolérance s'observe notamment dans les proportions gonflées des taux de prévalence de certains troubles mentaux. La prévalence quasi-épidémique des troubles dépressifs représente ici un cas de figure emblématique. Nous assistons en quelque sorte à l'intersection du champ de la déviance et du périmètre d'inclusion sociale. Alors que le « bipolaire »

⁵ Demailly (2011) identifie les quatre angles suivants pour aborder la dimension sociale des troubles mentaux: les modes de catégorisation des troubles mentaux; la question de la délimitation du périmètre de l'« anormal »; l'élaboration des subjectivités souffrantes; puis, la sociogenèse des troubles mentaux individuels, notamment leur corrélation avec un ensemble de variables sociodémographiques (Demailly, 2011 : 24). L'étendue de la présente étude ne nous permettra pas d'aborder la question de la genèse sociale des cas individuels de bipolarité.

s'est extirpé de son confinement asilaire, il se dessine comme une nouvelle figure à l'intersection de la déviance et de l'inclusion. Comme nous le verrons, les modèles diagnostiques spectraux expliquent en partie cette situation. En effet, la délimitation du périmètre de l'« anormal » représente une autre façon d'aborder la dimension sociale des troubles mentaux.

La délimitation du périmètre de la normalité est une tâche qui dépasse largement le champ psychiatrique. Pour Otero (2015), la normativité sociale représente « l'angle mort de la psychiatrie » (Otero, 2015 : 20). C'est-à-dire que le savoir psychiatrique, bien qu'il en élabore la dimension pathologique, ne peut décoder ce qui fait problème socialement dans le trouble mental (Otero, 2015 : 24-25). Comme le souligne Demailly (2011), le travail psychiatrique vient plutôt s'arrimer à la normativité ambiante.

Le travail psychiatrique est étroitement articulé à la demande sociale de maintien de l'ordre, de protection de la normalité, et il est donc dépendant des normes sociales à une époque donnée dans une culture donnée. (Demailly, 2011 : 29)

Pour reprendre les propos d'Otero (2012, 2014, 2015), délimiter le « mental pathologique » ne peut se faire qu'à l'ombre du « social problématique ». Nous verrons dans la section suivante comment le travail nosographique, bien qu'il se situe résolument dans le champ psychiatrique, vient tout de même effleurer la nature même relation normal-pathologique.

1.2 Le DSM et la nosographie psychiatrique

Le travail nosographique psychiatrique vise la description et la classification des troubles mentaux. Il existe deux classifications des troubles mentaux qui ont une

portée mondiale : la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM) élaborée par l'OMS et celle que compile le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM)⁶. C'est cette dernière qui retient notre attention.

1.2.1 Le DSM : de quoi parle-t-on?

Le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM) est le manuel de classification des troubles mentaux publié par l'American Psychiatric Association (APA). La première édition, le DSM-I, a été publiée en 1952 et la plus récente, le DSM-5, est parue en 2013⁷. Si l'autorité du DSM est inégale, sa portée est vaste. Alors qu'il a un statut d'autorité officielle aux États-Unis, dû à l'historique de remboursement des soins psychiatriques (Martin, 2009), son influence demeure plus indirecte en France et ailleurs en Europe (Demazeux, 2013). Malgré son ancrage franc en Amérique du Nord, il constitue la référence psychiatrique mondiale (Otero, 2012) et fait figure de « “bible” de la psychiatrie » (Kutchins et Kirk, 1997; Frances, 2013). Cette influence majeure date de la parution du DSM-III, en 1980 (Otero, 2012).

La parution du DSM-III a marqué un tournant dans l'histoire du DSM et de la psychiatrie. Depuis sa publication, les troubles mentaux ne sont plus catégorisés selon leurs causes – suivant une logique étiologique –, mais plutôt selon leurs

⁶ Les différentes versions du DSM ont été développées en parallèle avec les différentes versions de la *Classification internationale des maladies* (CIM) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Toutefois, la classification présentée dans le DSM-III et les éditions suivantes du DSM s'est imposée dans la recherche psychiatrique mondiale au point d'en influencer la CIM (Demazeux, 2013 : 116).

⁷ Les années de parution des différentes éditions du DSM sont les suivantes : DSM-I (1952), DSM-II (1968), DSM-III (1980), DSM-III-R (1987), DSM-IV (1994), DSM-IV-TR (2000) et DSM-5 (2013). Avec le DSM, l'APA passe d'une numérotation romaine à une numérotation numérique afin de faciliter des révisions intermédiaires plus régulières (DSM5.1, DSM5.2, etc.) (Demazeux, 2013: 116).

manifestations – suivant une logique empirique (Otero, 2012; Tekin, 2014). Avec le DSM-III, la nosographie psychiatrique délaisse largement l'appareil théorique psychanalytique pour se tourner vers une approche dite a-théorique qui vise la description des divers troubles mentaux selon les symptômes qui leur sont typiquement associés (Otero, 2012; Tekin, 2014). Ce virage vers une approche empirique visait notamment à bonifier la cohérence diagnostique à travers divers contextes cliniques et à ancrer solidement la psychiatrie dans le champ de la biomédecine (Martin, 2009; Tekin, 2014). Otero (2012 : 99) souligne également l'influence de l'industrie pharmaceutique dans l'adoption de ce virage empirique. L'élaboration du DSM-IV, paru en 1994, est également fortement marquée par l'influence des pharmaceutiques⁸ (Widakowich *et al.*, 2013). Quant à l'élaboration récente du DSM-5, elle visait une réforme de l'édifice diagnostique actuel (Demazeux, 2013). Ce faisant, elle a ravivé un débat méthodologique concernant le mode de classification des troubles mentaux⁹.

Alors que la fiabilité des critères diagnostiques présentés pour chaque trouble mental répertoriés dans le DSM a été éprouvée scientifiquement, bien qu'à divers degrés, les auteurs du DSM-5 rappellent que le système de classification, c'est-à-dire les différentes catégories diagnostiques – celle des troubles de l'humeur ou celle des troubles anxieux par exemple –, n'est pas considéré « scientifically significant » en

⁸ Il est notamment documenté que tous les membres du comité de travail sur les troubles de l'humeur entretenaient des liens avec au moins une compagnie pharmaceutique (Cosgrove *et al.*, 2006, cité dans Widakowich *et al.*, 2013).

⁹ Le DSM-5 (2013) conserve la définition du trouble mental qui figure dans le DSM-IV-TR (2000). Selon le DSM-IV-TR (2000), un trouble mental représente *grosso modo* un syndrome comportemental ou psychologique auquel est associé soit une détresse, soit un handicap, soit un risque élevé de détresse ou d'handicap (APA, 2000/2003). Alors que la détresse renvoie notamment à « un symptôme de souffrance », l'handicap fait notamment référence à « l'altération d'un ou plusieurs domaines du fonctionnement » (APA, 2000/2003 : XXXV). Pour Otero (2012), cette définition « épistémologiquement chancelante » assure toutefois à l'édifice nosographique psychiatrique de l'APA une résonance prolongée à la normativité ambiante (Otero, 2012 : 101-102).

soi (APA, 2013 : 10). Il faut rappeler que l'édifice diagnostique actuel – une nosographie catégorielle a-théorique basée sur des symptômes observables empiriquement – repose sur des travaux qui datent du 19^e siècle, notamment ceux d'Emil Kraepelin (1856-1926) (Dorvil, 2006; Lahutte, 2014; Heckers, 2015). Kraepelin prônait une « sémiologie médicale neurologique » et cherchait à distinguer des entités morbides naturelles derrière une panoplie de manifestations cliniques diverses (Dorvil, 2006 : 37).

Les auteurs du DSM-5 reconnaissent explicitement que les avancées scientifiques, notamment dans les domaines de la neuroscience et de la génétique, nécessitent de considérer la modification de l'édifice nosographique actuelle (APA, 2013 : 5). Conséquemment, la plus récente édition du DSM se veut un terrain sur lequel il sera possible de faire évoluer la classification diagnostique pour rencontrer les besoins futurs en termes de recherche ainsi que les futurs résultats de recherche (APA, 2013 : 12-13). Si le DSM-5 a largement retenu une classification basée sur des catégories diagnostiques¹⁰, la question nosographique demeure au centre de l'actualisation du savoir psychiatrique (Widakowich *et al.*, 2013 : 300)

1.2.2 La question nosographique : catégorie et/ou dimension diagnostique

L'élaboration et la publication du DSM-5 ont ravivé un débat quant à l'approche nosographique à privilégier, opposant l'approche catégorielle actuelle à une approche dimensionnelle. Widakowich *et al.* (2013) distingue les deux approches comme suit :

¹⁰ Heckers (2015 : 1165) souligne que le DSM-5 a tout de même partiellement adopté l'approche dimensionnelle. Par exemple, la section III du DSM-5 inclut un modèle dimensionnel alternatif pour les troubles de la personnalité (APA, 2013).

L'approche catégorielle est la méthode traditionnelle qui caractérise toute démarche classificatoire : il s'agit d'établir des catégories précises aux propriétés clairement définies, visant à établir la présence ou l'absence d'une catégorie (l'abord syndromique entre dans ce cadre). En revanche, l'approche dimensionnelle procure la mesure des différences quantitatives d'un même type de substrat, en essayant de nuancer des symptômes par différents degrés d'intensité (par exemple, le spectrum bipolaire). (Widakowich *et al.*, 2013 : 301)

Quoique ces approches soient déjà toutes deux utilisées dans le champ psychiatrique, l'édifice nosographique contenu dans le DSM suit une approche catégorielle. Or, comme il en a été question ci-haut, les fondements théoriques de l'édifice diagnostique actuel datent des premières avancées de la psychiatrie moderne, soit du XIXe siècle. Au cours des dernières années, plusieurs failles sont apparues dans la construction catégorielle actuelle, tant au niveau clinique¹¹ qu'au niveau de la recherche¹² (APA, 2013; Heckers, 2015).

Ultimement, l'approche nosographique à privilégier dépend des objectifs visés (Heckers, 2015; Kraemer, 2015). Les approches catégorielle et dimensionnelle ne sont pas mutuellement exclusives : des dimensions peuvent être converties en

¹¹ Au niveau clinique, les principaux arguments contre l'approche catégorielle actuelle sont, d'abord, l'important degré de comorbidité – occurrence simultanée – de certains diagnostics, puis les nombreux recours aux diagnostics « non spécifiés » (NS) (APA, 2013 ; Widakowich *et al.*, 2013). Alors que la question des comorbidités met en lumière le caractère arbitraire des démarcations catégoriques actuelles (Widakowich *et al.*, 2013), la question de l'utilisation des diagnostics « NS » renvoie à l'étroitesse des catégories diagnostiques actuelles ainsi qu'à leur manque de sensibilité à l'hétérogénéité rencontrée dans la clinique (APA, 2013; Widakowich *et al.*, 2013).

¹² Du côté de la recherche, l'insatisfaction avec l'approche catégorielle est partiellement liée à l'objectif d'avancées dans l'identification de marqueurs biologiques et, de plus en plus, à l'exploration neuroscientifique et à l'identification de marqueurs génétiques pour les troubles mentaux (APA, 2013; Yee *et al.*, 2015). Comme le constatent Yee *et al.* (2015), quelque trente années après le virage empirique du DSM-III, la recherche basée sur les catégories diagnostiques n'a pas su révéler ni tests diagnostiques, ni marqueurs biologiques pour confirmer celles-ci (Yee *et al.*, 2015 : 1159). Plus encore, dans la mesure où certains facteurs de risques physiologiques ou génétiques ont été identifiés, ceux-ci mettent en doute plus qu'ils ne confirment la validité des catégories diagnostiques actuelles (Yee *et al.*, 2015 : 1159).

catégories et *vice versa* (Widakowich *et al.*, 2013; Heckers, 2015; Kraemer, 2015). Par exemple, l'approche dimensionnelle peut être utilisée pour affiner une catégorie diagnostique afin qu'elle reflète mieux la complexité rencontrée en pratique clinique (Widakowich *et al.*, 2013). La valeur des diagnostics n'est jamais intrinsèque, mais repose sur leur capacité à produire des données probantes (Kraemer, 2015). D'un point de vue pragmatique, l'important est d'arriver à de telles données probantes et, pour ce faire, l'approche catégorielle et l'approche dimensionnelle comportent toutes deux des avantages et des inconvénients (Widakowich *et al.*, 2013; Heckers, 2015; Kraemer, 2015).

La question nosographique n'est pas nouvelle dans l'histoire de la psychiatrie (Widakowich *et al.*, 2013). Transposée dans le champ social, elle soulève un enjeu épistémologique important quant à la nature même de la relation normal-pathologique. Tout comme la logique binaire associée à l'approche catégorielle suppose une distinction nette entre normal et pathologique – il y a présence ou non de tel ou tel trouble mental chez un individu –, si l'on suit la logique graduelle de l'approche dimensionnelle, les manifestations psychopathologiques sont ultimement réparties dans la population suivant une courbe de distribution normale (Widakowich *et al.*, 2013 : 304). En ce sens, selon une logique dimensionnelle, le normal s'arrime au pathologique et la relation normal-pathologique se décline en termes de degrés. L'approche dimensionnelle, par sa sensibilité à la morbidité, soulève également un enjeu social, notamment en ce qui a trait à la prévalence des troubles mentaux. À partir de quel degré établit-on qu'il y a morbidité? Le diagnostic de bipolarité et la question du spectre bipolaire illustrent bien cet enjeu.

1.3 Le diagnostic de bipolarité

Dans cette section, nous abordons notre objet de recherche, le diagnostic de bipolarité¹³. Nous en présentons d'abord une définition générale avant de nous pencher sur la manière dont les troubles bipolaires sont traités dans le DSM-IV-TR (2000) et d'aborder certaines modifications qui leur sont apportées dans le DSM-5 (2013). Nous introduisons ensuite quelques points repères sur l'historique des troubles bipolaires. Puis, nous présentons les principaux enjeux et chiffres associés à la bipolarité. La question de sa prévalence nous amène à nous tourner vers la notion de spectre bipolaire. Les modèles spectraux, notamment le spectre bipolaire, sont à l'avant-plan du débat nosographique abordé ci-haut (Widakowich *et al.*, 2013).

1.3.1 Les troubles bipolaires

Le trouble bipolaire est un trouble mental qui est majoritairement caractérisé par l'alternance d'épisodes thymiques – dépression et manie – d'intensité variable, épisodes qui sont entrecoupés de période où l'individu affecté est asymptomatique ou présente une réduction de symptômes. La manie fait typiquement référence à un état d'élation. Une manie franche renvoie à un trouble bipolaire I alors qu'une manie atténuée – hypomanie – renvoie à un trouble bipolaire II. Selon l'APA, le trouble bipolaire I représente l'équivalent contemporain de la folie maniaco-dépressive répertoriée au 19^e siècle (APA, 2013 : 123). Du DSM-III (1980) au DSM-IV-TR (2000), les troubles bipolaires appartenaient à la catégorie des troubles de l'humeur avec les troubles dépressifs. Les DSM-IV (1994) et IV-TR (2000) et le DSM-5 (2013) reconnaissent différentes formes de troubles bipolaires dont le trouble

¹³ Nous utilisons l'expression « diagnostic de bipolarité » en référence aux diagnostics – *pluriel* – de troubles bipolaires. C'est-à-dire que nous désirons, par l'utilisation de cette expression, capter l'existence de différents diagnostics de trouble bipolaire sans toutefois chercher à les différencier, ce qui n'est pas nécessaire pour notre propos dans les chapitres subséquents.

bipolaire I; le trouble bipolaire II; le trouble cyclothymique; et le trouble bipolaire « non spécifié » (NS)¹⁴. Les troubles bipolaires sont l'objet de quelques changements et précisions dans le DSM-5.

L'abolition de la catégorie des troubles de l'humeur représente un des changements principaux touchant les troubles bipolaires dans le DSM-5 (2013). Conséquemment, les troubles bipolaires héritent de leur propre catégorie diagnostique, « Bipolar and Related Disorders »¹⁵. L'introduction à la section sur les troubles bipolaires du DSM-5 s'emploie également à rectifier l'idée reçue selon laquelle le trouble bipolaire II – avec hypomanie – constitue une version atténuée du trouble bipolaire I. La chronicité des épisodes dépressifs qui lui sont associés, l'instabilité marquée de l'humeur entre les épisodes thymiques et les lourdes conséquences de ce portrait clinique au niveau du fonctionnement professionnel et social vont à l'encontre de cette idée reçue (APA, 2013 : 123).

¹⁴ Le trouble bipolaire I est caractérisé par un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes – caractérisés par la présence simultanée de symptômes maniaques et dépressifs – habituellement mais non nécessairement accompagnés d'épisodes dépressifs majeurs; le trouble bipolaire II comporte un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs accompagnés d'au moins un épisode hypomaniaque; le trouble cyclothymique est caractérisé par la présence, sur une durée minimum de deux ans, de plusieurs périodes pendant lesquelles des symptômes hypomaniaques sont présents jumelée à la présence de plusieurs périodes dépressives qui ne rencontrent toutefois pas les critères d'un épisode dépressif majeur; le trouble bipolaire non spécifié constitue une catégorie résiduelle qui permet de donner un diagnostic de trouble bipolaire à des cas qui comporte plusieurs caractéristique d'un trouble bipolaire sans toutefois rencontrés les critères précédents (APA, 2000). Les troubles bipolaires qui résultent d'une autre condition médicale ou de la prise d'une médication sont également reconnus. La section des troubles de l'humeur du DSM-IV-TR (APA, 2000) débute par une description de chaque épisode thymique associée aux troubles de l'humeur – épisode dépressif majeur, épisode maniaque, épisode mixte et épisode hypomaniaque – ainsi que par la présentation des critères diagnostiques qui doivent être rencontrés pour établir la présence de ces épisodes.

¹⁵ L'introduction à la section sur les troubles bipolaires du DSM-5 précise que cette même section a été stratégiquement positionnée entre la section sur le « spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques » et celle sur les troubles dépressifs afin de refléter la position mitoyenne que les troubles bipolaires occupent entre ces deux autres catégories diagnostiques, notamment en termes de « symptomatologie, d'historique familial et de caractéristiques génétiques connues » (APA, 2013 : 123, traduction libre).

L'autre changement sur lequel nous aimerions attirer l'attention a trait au glissement partiel des troubles bipolaires vers des troubles de l'humeur *et* de l'activité. En effet, les critères diagnostiques pour les épisodes maniaques et hypomaniaques renvoient maintenant non seulement à des changements significatifs de l'humeur mais aussi du niveau d'activité et d'énergie¹⁶ (APA, 2013 : 810). Alors que cette modification représente un resserrement des critères diagnostiques pour les épisodes maniaques et hypomaniaques (Parker, 2014), sa dimension sociale nous apparaît possiblement avoir une signification plus large. Si l'on considère avec Namian (2013) qu'affectivité et activité représentent deux facettes clés de l'individualité contemporaine, ce changement nous apparaît notoire. Après l'épreuve dépressive (Otero, 2012), les troubles bipolaires se dessineraient-ils comme un nouveau visage pathologique de l'individualité contemporaine? Nous introduisons maintenant quelques repères historiques afin de mettre en lumière l'ancrage sociohistorique de la désignation bipolaire contemporaine.

1.3.2 Repères historiques

Si certains avancent que les troubles bipolaires possèdent des racines gréco-romaines (Crocq, 2014), d'autres mettent en garde contre une telle entreprise de légitimation des entités morbides d'aujourd'hui (Healy, 2008). Plus près de nous dans le temps, en 1854, deux psychiatres français, Jules Baillarger et Jean-Pierre Falret, clament simultanément la découverte d'une « folie à double forme » (Baillarger) ou « folie circulaire » (Falret) (Pichot, 1995; Healy, 2008; Shorter, 2009). Malgré le fait que cette querelle soit passée à l'histoire, ce n'est généralement ni à Falret ni à Baillarger

¹⁶ Le critère A pour un épisode de manie devient : « A distinct period of abnormally and persistently elevated, expansive, or irritable mood *and abnormally and persistently increased goal-directed activity or energy*, lasting at least 1 week and present most of the day, nearly every day (or any duration if hospitalization is necessary) » (APA, 2013 : 124, notre emphase).

qu'est attribuée la naissance du trouble bipolaire moderne (Healy, 2008). Pour y arriver, il faut se tourner vers la psychiatrie allemande du 19^{ème} siècle. Bien qu'il n'ait été ni le premier ni le seul à s'y intéresser, c'est à Emil Kraepelin (1856-1926) qu'on attribue généralement la paternité de la folie maniaco-dépressive (Bourgeois *et al.*, 2014). En ce sens, Kraepelin est non seulement considéré comme « le fondateur de la nomenclature psychiatrique actuelle », mais également comme « le père de la maladie maniaco-dépressive » (Bourgeois *et al.*, 2014 : XXXIII).

Le postulat de Kraepelin était qu'il existait *grosso modo* une unique entité morbide endogène – la folie maniaco-dépressive –, qui regroupait plusieurs manifestations cliniques diverses, soit des épisodes de manie et/ou de dépression, récurrents ou non, d'intensité variable (Pichot, 1995). Autrement dit, malgré l'hétérogénéité des phénotypes observés, toutes ces manifestations renvoyaient, pour Kraepelin, à un endophénotype unique, la folie maniaco-dépressive. Bien qu'il reconnaissait l'existence des dépressions psychogéniques, pour Kraepelin, la majorité des manifestations dépressives relevaient de la folie maniaco-dépressive (Crocq, 2014). Ainsi, alors que la folie maniaco-dépressive – qui devint la psychose maniaco-dépressive¹⁷ – est souvent considérée comme l'ancêtre du trouble bipolaire, Kraepelin ne reconnaissait aucunement la spécificité de ce qu'est aujourd'hui le trouble bipolaire (Healy, 2008; Shorter, 2009). Comme nous le verrons, c'est plutôt la notion de spectre bipolaire qui se situe dans une perspective kraepelinienne.

C'est à Karl Leonhard (1904-1988), psychiatre allemand, que l'on doit la distinction entre dépression unipolaire et bipolaire (Pichot, 1995; Crocq, 2014). Dans les années 60, ses travaux furent repris par Jules Angst et Carlo Perris qui établirent une

¹⁷ On doit le terme « psychose maniaco-dépressive » au psychiatre français Gaston Deny qui l'utilisa pour la première fois en 1907 (Douville, 2013).

distinction nette entre la dépression unipolaire endogène et les troubles bipolaires – regroupant les formes morbides bipolaire et maniaque (Pichot, 1995; Crocq, 2014). Cette parcellisation de la maladie maniaco-dépressive telle que conçue par Kraepelin fut officialisée dans le DSM-III qui reconnut la dichotomie unipolaire/bipolaire et instaura la catégorie des troubles de l'humeur avec, d'un côté, les troubles dépressifs et, de l'autre, les troubles bipolaires (Bourgeois, 2014; Crocq, 2014). Le trouble bipolaire II¹⁸, lui, fit son entrée dans l'édifice diagnostique américain lors de la parution du DSM-IV, en 1994 (Hadjipavlou et Yatham, 2009). Quant à la désignation « bipolaire », elle provient des travaux de Karl Kleist (1879-1960) qui utilisa pour la première fois l'adjectif « bipolaire » (« *zweipolig* ») pour décrire une psychose dont les manifestations cliniques alternaient entre manie et mélancolie (Azorin et Kaladjian, 2009; Douville, 2013).

1.3.3 Chiffres et enjeux reliés

Au XIXe siècle, la folie circulaire de Falret ou folie à double forme de Baillarger était reconnue comme une condition rarissime (Healy, 2008). Le portrait épidémiologique a évolué depuis. Si les chiffres concernant la prévalence du trouble bipolaire se ressemblent d'une source à une autre, la question du spectre bipolaire vient toutefois bousculer ce consensus épidémiologique.

2

Selon l'OMS, le trouble bipolaire touche environ 60 millions de personnes à travers le monde (OMS, 2017). Il a un sex-ratio de 1, c'est-à-dire qu'il touche autant les hommes que les femmes (Masson, 2016). Le trouble bipolaire se manifeste typiquement au sortir de l'adolescence ou au début de l'âge adulte (Masson, 2016).

¹⁸ Le trouble bipolaire II est principalement caractérisé par la présence d'un ou plusieurs épisodes d'hypomanie. L'hypomanie fut répertoriée pour la première fois en 1881 par le psychiatre allemand, Emanuel Mendel (Shorter, 2009).

Toutefois, la majorité des individus atteints de bipolarité ne reçoit un diagnostic approprié que plus de 10 ans après le début des symptômes et plus de 7 individus sur 10 reçoivent d'abord un diagnostic erroné (Weber et Aubry, 2009 : 23). Étant donné la chronicité, le risque suicidaire élevé et la fréquence des comorbidités psychiatriques et physiques qui lui sont associées, le trouble bipolaire figure parmi le top 10 des causes d'invalidité à travers le monde et se traduit par un impact socioéconomique considérable (Hadjipavlou et Yatham, 2009). Puisque les troubles bipolaires sont considérés comme des troubles mentaux chroniques, l'objectif visé par les cliniciens et les individus atteints est non pas une guérison mais un rétablissement¹⁹.

L'« Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être » réalisée par Statistique Canada en 2012 révèle qu'environ 2,6% de la population canadienne présente un profil conforme au trouble bipolaire (Pearson *et al.*, 2013 : 2). En France, la prévalence du trouble bipolaire se situerait entre 1% et

¹⁹ Quoiqu'il existe plusieurs définitions de la notion de rétablissement, il est possible d'en distinguer deux modèles distincts : un modèle médical et un modèle existentiel (Davidson et Roe, 2007 cité dans Quintin, 2016). Quintin (2016) résume la différence entre ces deux modèles comme suit :

Le modèle médical favorise le traitement en vue d'une réduction des symptômes et une augmentation du fonctionnement dans les activités quotidiennes tandis que le modèle existentiel met l'accent sur le support social qui privilégie l'expérience personnelle et la quête de sens. Si le modèle médical met en valeur la rémission observable des symptômes et la restauration du fonctionnement, le modèle de support social met davantage l'accent sur le bien-être que sur la maladie, sur le choix des personnes concernant leur vie et sur la voix des personnes, avec le présupposé que les personnes possèdent leur propre sagesse de vie (Bellack, 2006 ; Stecker *et al.*, 2002 ; Davidson *et al.*, 2005). (Quintin, 2016 : 219)

La philosophie du rétablissement représente également une réponse à la modification de la temporalité associée au problème de santé mentale, modification reflétée dans l'utilisation de la notion d'handicap (Ehrenberg, 2005). Selon Ehrenberg (2005), le handicap implique une chronicité ainsi qu'une « fragilisation » de la démarcation entre le curatif et le palliatif. Le trouble mental chronique, dont on ne guérit pas, devient un handicap. Face à ce handicap, la visée du rétablissement dépasse l'intégration socioéconomique et professionnelle. Il s'agit pour les individus aux prises avec un trouble de santé mentale de pouvoir s'épanouir. Le rétablissement est associé à un souci d'émancipation et d'auto-détermination ainsi qu'à la jouissance d'une citoyenneté pleine et entière (Lemire Auclair, 2013).

2,5% (HAS, 2014). Selon le DSM-5, la prévalence sur 12 mois du trouble bipolaire I est de 0,6% aux États-Unis alors que la prévalence sur 12 mois du trouble bipolaire II y est de 0,8% (APA, 2013 : 130, 136). Toujours selon le DSM-5, la prévalence combinée des troubles bipolaires I, II et non-spécifiés est de 1,8% aux États-Unis (APA, 2013 : 136).

En somme, les chiffres sur la prévalence des troubles bipolaires oscillent autour de 1% ou 2%. Toutefois, si l'on prend en compte les classifications associées au spectre bipolaire, la prévalence des troubles bipolaires varie alors de moins de 1% jusqu'à près de 25% de la population (Azorin et Kaladjian, 2009 : 22). Cette situation est fortement décriée par certains (Douville, 2013; Moncrieff, 2014). D'autres sont d'opinion que le DSM-5 demeure trop conservateur pour ce qui est des critères diagnostiques des troubles bipolaires (Angst, 2013). Les facteurs identifiés comme faisant gonfler les chiffres sont la médicalisation du normal (Douville, 2013; Moncrieff, 2014), l'influence et les intérêts mercantiles des compagnies pharmaceutiques (Healy, 2008; Moncrieff, 2014) et la question du spectre bipolaire (Douville, 2013; Moncrieff, 2014) que nous abordons maintenant.

1.3.4 Le spectre bipolaire

La notion de spectre bipolaire s'inscrit dans une logique dimensionnelle²⁰. Le spectre bipolaire est d'ailleurs souvent utilisé pour illustrer la montée des modèles spectraux qui s'inscrivent dans une approche dimensionnelle (Widakowich *et al.*, 2013). Les partisans du spectre bipolaire opèrent un rapprochement entre l'étendue ou la présentation des phénomènes thymiques inclus dans le spectre bipolaire et celle des manifestations cliniques que Kraepelin rassemblait sous la désignation de folie

²⁰ Pour une définition de la logique dimensionnelle, voir la section 1.2.2.

maniaco-dépressive (Angst, 1998; Akiskal *et al.*, 2000; Goodwin et Jamison, 2007; Ghaemi, 2013).

La notion de spectre – que l’on doit à Isaac Newton – fait référence à une suite ininterrompue de phénomènes (Bourgeois, 2014). Alors que les épisodes hyperthymiques – maniaques ou hypomaniaques – représentent le marqueur de la bipolarité dans les DSM-IV et 5, une des principales formulations du spectre bipolaire²¹ vise à inclure dans la désignation diagnostique bipolaire tous les épisodes thymiques d’excitation chez les personnes ayant un historique de dépression majeure, du plein épisode de manie jusqu’au tempérament hyperthymique (Akiskal *et al.*, 2000). L’argument est que les épisodes hyperthymiques qui ne rencontrent pas les critères diagnostiques d’un épisode hypomaniaque – notamment le critère de durée – sont tout de même significatifs. En ce sens, le spectre bipolaire vient morceler l’entité morbide bipolaire tout en insistant sur la cohésion de cette même entité (Lahutte, 2014 : 308). Les cas de trouble bipolaire dits « atténués » (« *soft bipolar spectrum* »), situés sur un continuum entre les cas de troubles bipolaires II – avec hypomanie – et les cas de dépression strictement unipolaire, représentent une importante partie des cas qui forment le spectre bipolaire (Akiskal *et al.*, 2000). Lahutte (2014) souligne l’aspect paradoxal de cette régression de l’entité bipolaire dont le statut semble glisser de maladie vers manifestation tempéramentale.

D’une certaine façon [l’entité bipolaire] se dégrade et risque, à s’étendre sous forme d’un « spectre », de perdre les caractéristiques d’une

²¹ Cette formulation, qui met l’emphase sur l’importance des manifestations subsyndromiques, figure notamment dans les travaux d’Hagop Akiskal et ceux de Jules Angst. Celle de Goodwin et Jamison (2007) met davantage l’accent sur la cyclicité des troubles appartenant au spectre bipolaire. Pour ces deux auteurs, la marque distinctive des troubles bipolaires n’est pas par leur polarité – la présence d’épisodes hyperthymiques –, mais plutôt leur cyclicité. En d’autres mots, c’est la *réurrence* d’épisodes thymiques – qu’ils soient dysthymiques ou hyperthymiques – qui marque ici la présence d’un trouble appartenant au spectre bipolaire (Bourgeois, 2014).

« maladie » qui ont pourtant procédé à sa constitution. (Lahutte, 2014: 308)

Pour revenir sur la question de la prévalence des troubles bipolaires, selon les partisans du spectre bipolaire, dont Jules Angst et Hagop Akiskal, les critères diagnostiques actuels – trop peu sensibles aux inflations hyperthymiques – font en sortes que plusieurs individus reçoivent un diagnostic de dépression majeure alors qu’un diagnostic de bipolarité serait plus approprié. Jusqu’à 50% (Angst *et al.*, 2002), voire 55% (Akiskal *et al.*, 2000), des cas de dépression majeure cacheraient un trouble appartenant au spectre bipolaire. Ainsi, selon cet argument, le spectre bipolaire n’équivaut pas tant à une psychiatrisation de gens « normaux » qu’à un changement vers un diagnostic plus approprié pour des personnes déjà psychiatrisées (Angst *et al.*, 2002). L’épidémie dépressive cacherait-elle une épidémie bipolaire?

1.4 Objectif de recherche

Bien entendu, nous n’avons aucunement l’intention de nous prononcer sur la validité du concept de spectre bipolaire, encore moins sur la réorganisation du savoir psychiatrique. Nous proposons plutôt de nous pencher sur le diagnostic de bipolarité quelque peu en aval. Prenant note de la manière dont le diagnostic de bipolarité s’inscrit dans l’air du temps, nous cherchons à répondre à la question suivante :

- quel est l’effet du diagnostic de bipolarité sur l’individu contemporain?

Nous proposons d’explorer l’effet du diagnostic de bipolarité sur l’individu contemporain en nous intéressant au travail par lequel l’individu contemporain construit son lien à la société, c’est-à-dire à son travail d’individuation. Ainsi, notre objectif de recherche est le suivant :

- explorer l'effet du diagnostic de bipolarité sur le travail d'individuation de l'individu contemporain.

Dans le chapitre qui suit, nous introduisons la notion d'expérience sociale (Dubet, 1994, 2007) pour capter ce travail d'individuation de l'individu contemporain. Afin de répondre à notre question de recherche, nous analysons un corpus composé de six récits autobiographiques traitant de l'expérience de leurs auteurs respectifs avec le diagnostic de bipolarité. Le travail de ces individus, auteurs de leur bipolarité, se situe à l'intersection du travail en intériorité et de l'expressivité associée à l'individualité contemporaine.

1.5 Pertinence scientifique et sociale

Face à l'élargissement du champ de la santé mentale discuté précédemment, à l'heure où les diagnostics psychiatriques ne sont plus nécessairement synonymes d'exclusion, une réflexion s'impose sur l'effet de ces diagnostics sur l'individu contemporain. Alors que la dépression a largement retenu l'attention des sciences sociales, celles-ci se sont peu intéressées à la bipolarité²². Pourtant, nous avons vu comment la question du spectre bipolaire situe le diagnostic de bipolarité à l'avant-plan des enjeux que soulève la réorganisation du système nosographique psychiatrique. Dans un contexte où « l'extension moderne de l'entité bipolaire » vient « rendre compte des effets d' "entrop" » de l'individu actif et de l'individu affectif selon une logique qui apparaît davantage normative que thérapeutique (Lahutte, 2014 : 309), la portée heuristique du diagnostic de bipolarité semble mériter une attention renouvelée, attention qui sera l'objet de la présente recherche. Ce faisant, nous espérons

²² Nous désirons souligner l'apport de l'anthropologue américaine, Emily Martin (2009), qui examine les aspects culturels de la manie et de la dépression aux États-Unis, au-delà du cadre diagnostique.

également contribuer à une réflexion plus large sur l'effet des diagnostics de troubles mentaux sur l'individu contemporain. En ce sens, notre propos vise à contribuer à l'étude des aspects sociaux des troubles mentaux. Des connaissances ciblant la dimension sociale des troubles de santé mentale doivent accompagner l'édifice théorique praxéologique qui guide les interventions des travailleurs sociaux dans ce domaine.

CHAPITRE II

CADRE CONCEPTUEL

Dans ce chapitre, nous présentons l'édifice conceptuel sur lequel nous avons choisi de nous appuyer afin d'atteindre notre objectif de recherche, soit d'explorer l'effet du diagnostic de bipolarité sur le travail d'individuation de l'individu contemporain. Alors que nous avons abordé le diagnostic de bipolarité dans le chapitre précédent, le présent chapitre vise à dégager les contours de l'individu contemporain et du travail d'individuation qui lui incombe. Pour ce faire, nous présentons d'abord cet individu contemporain en survolant certaines des grandes dimensions qui permettent de le saisir analytiquement. Puis, nous effectuons un retour sur la trame normative qui confère intelligibilité à ses actions, c'est-à-dire les règles de l'individualité contemporaine. Une fois en mesure de saisir la consistance malléable de l'individu contemporain ainsi que l'horizon normatif qui le guide, nous abordons son travail d'individuation. Dans un premier temps, nous regardons en quoi ce travail consiste. Puis, parmi les différentes conceptions possibles de ce travail d'individuation, nous nous attardons un moment sur l'individuation par l'épreuve (Martuccelli, 2006, 2010). Ultimement, nous proposons d'utiliser la notion d'expérience sociale (Dubet, 1994, 2007) afin de capter le travail d'individuation de l'individu contemporain. L'expérience sociale renvoie à la constante épreuve que représente la construction de l'expérience alors que l'activité de l'individu se situe dans de multiples registres d'action. Nous ajustons notre objectif de recherche en conséquence. Il s'agit alors d'explorer l'inscription du diagnostic de bipolarité – son effet – dans l'expérience sociale de l'individu contemporain. Puisque notre cadre conceptuel s'inspire de la sociologie de l'individu, nous abordons d'abord la logique qui l'anime et le contexte qui l'explique, la modernité.

2.1 Mise en contexte heuristique et historique

Dans cette section, nous désirons contextualiser notre intérêt pour l'individu contemporain en termes heuristique et historique. Les concepts que nous empruntons à la sociologie de l'individu impliquent une logique analytique spécifique, celle de porter attention à l'individu afin de se renseigner sur la société. La possibilité même d'adopter cette logique analytique est donnée par le contexte sociohistorique que représente la modernité.

2.1.1 La sociologie de l'individu

La sociologie de l'individu opère un renversement épistémique de la logique sociologique classique : plutôt que d'étudier la société pour comprendre l'individu, elle propose d'étudier l'individu pour comprendre la société. « Désormais, écrit Martuccelli en parlant de la nouvelle place accordée à l'individu, c'est en référence à ses propres expériences que le social fait — ou non — sens » (Martuccelli, 2009 : 15). La sociologie de l'individu pose l'intelligibilité des phénomènes sociaux à l'échelle de l'individu (Martuccelli et Singly, 2012). Toutefois, bien que son objet d'étude soit l'individu, sa visée demeure globale. Il ne s'agit pas d'une microsociologie. Comme l'écrit Martuccelli (2009) :

Comprenons-nous bien : si l'individu doit être le socle de l'analyse, cela ne suppose aucunement une réduction de l'analyse sociologique au niveau de l'acteur, mais la prise en compte de la conséquence d'une transformation sociétale faisant de l'individu la source de la production et de l'interprétation de la vie sociale. (Martuccelli, 2009: 20)

Ainsi, la sociologie de l'individu accorde « un nouveau rôle analytique aux expériences individuelles » (Martuccelli, 2009 : 19). C'est ce rôle analytique de

l'expérience individuelle que nous privilégions en ayant recours à certaines notions tirées de la sociologie de l'individu pour aborder le diagnostic de bipolarité. Nous misons sur la portée heuristique des expériences individuelles – que nous irons puiser dans un corpus formé de récits autobiographiques – pour explorer l'effet du diagnostic de bipolarité sur le travail d'individuation, travail réalisé par l'individu mais exigé par la configuration contemporaine de l'articulation individu-société. Nous désirons tirer parti de ce que Martuccelli (2002) identifie comme étant « le propre de l'analyse sociologique de l'individu », c'est-à-dire de « parvenir à établir une intersection entre la biographie et l'histoire » (Martuccelli, 2002 : 559). Nous nous tournons maintenant vers le contexte historique qui explique l'attention que nous accordons à l'individu contemporain.

2.1.2 La modernité

La Révolution française et la philosophie des Lumières constituent deux marqueurs historiques importants du passage à la modernité²³ en Occident. Les théoriciens du contrat social, Hobbes, Locke et Rousseau, se situent aux origines de la place que l'époque moderne accorde au couple individu-société. L'individu et la société constituent en quelque sorte les deux versants de la réalité engendrée par le passage à l'époque moderne. Alors que l'emprise de la communauté s'affaiblit, la modernité dégage un espace nouveau pour l'individu. C'est cette « dissociation entre l'individu et le monde » qui est « l'élément fondamental le plus durable de l'expérience sociale

²³ Martuccelli et Singly (2012) distinguent une première modernité d'une seconde modernité ou modernité avancée. Si l'on peut résumer « le projet sociologique de la première modernité » par la notion de « personnage social » (Martuccelli et Singly, 2012 : 29), la seconde modernité amène la sociologie à s'intéresser à la diversification des trajectoires personnelles, à leur singularisation, devant le déclin du travail normatif des institutions traditionnelles (famille, école, travail) et la montée de la normativité individuelle (Martuccelli et Singly, 2012 : 32-34). L'individu contemporain sur lequel nous portons notre regard est celui qui advient dans la seconde modernité ou modernité avancée.

de la modernité » (Martuccelli 2009 : 23). L'individu contemporain fait l'expérience vertigineuse d'un horizon de possibilités à partir desquelles il peut et doit se définir. Alors qu'il fait face au même horizon de possibilités lorsqu'il doit agir, c'est-à-dire alors qu'il est toujours possible d'agir autrement (Martuccelli, 2014), l'individu moderne fait également l'expérience d'une importante anxiété existentielle²⁴. Cette anxiété le conduit non seulement à une quête de sens, mais aussi à une recherche d'outils sur lesquels appuyer son existence.

C'est dans ce contexte que la portée heuristique de l'individu – ses actions, ses expériences, son travail – s'amplifie jusqu'à en faire un véritable « laboratoire de l'imaginaire social » (Dumont, 1993, cité dans Doucet, 2011b : 122). La question suivante se pose alors : comment saisir l'individu contemporain? Comment faire sens de ses actions, de son travail?

2.2 L'individu contemporain

Prenant acte de la manière dont l'individu est devenu « un objet d'étude à part entière pour les sciences sociales » (Martuccelli, 2002 : 556), nous proposons maintenant de nous attarder à le saisir analytiquement. Nous regardons d'abord certaines des grandes dimensions par lesquelles il est possible d'appréhender la substance de l'individu contemporain – sa grammaire. Nous portons ensuite notre regard sur la trame normative qui confère intelligibilité à ses actions – les règles de l'individualité contemporaine.

²⁴ Nous distinguons avec Martuccelli (2011) deux dimensions de l'anxiété existentielle de l'individu contemporain. Il y a l'anxiété herméneutique qui a trait au sens de l'existence. Puis, de plus en plus, l'individu contemporain fait face à une anxiété énergétique qui a trait aux supports sur lesquels il peut s'appuyer pour agir ainsi que pour « supporter » sa présence au monde (Martuccelli, 2011).

2.2.1 La grammaire de l'individu contemporain

Face à l'écart que la modernité creuse entre l'individu et le monde, Martuccelli (2002) propose d'approfondir certaines dimensions qui permettent de saisir l'individu alors que la lecture positionnelle associée à la notion de « personnage social »²⁵ ne suffit plus. Cette matrice conceptuelle permet de saisir l'individu alors qu'il est plongé dans la « malléabilité résistante du monde », c'est-à-dire dans les consistances variables des contraintes positionnelles et situationnelles qui caractérisent les contextes d'action de l'individu contemporain (Martuccelli, 2002 : 36-37). L'observateur de l'individu contemporain fait face au défi de saisir les fluctuations de ces contraintes extérieures tout en demeurant attentif au travail sur soi que l'individu déploie parallèlement en toute intériorité. Tout cela alors même que ce travail de l'individu dans l'intimité de son intériorité s'autonomise face aux contraintes extérieures (Martuccelli, 2002 : 38). Toute observation attentive de l'individu contemporain doit ainsi composer avec cette « disjonction paradoxale » (Martuccelli, 2002 : 38). Dans *Grammaires de l'individu*, Martuccelli (2002) propose de porter attention aux consistances malléables de cinq grandes dimensions de l'individu, c'est-à-dire à la manière dont l'individu contemporain les investit de manière inégale et fluctuante selon les contextes. Des dimensions qui forment cette matrice, trois retiennent notre attention, soit le support, l'identité et la subjectivité. À l'intérieur de la dimension subjective, nous nous attardons également à l'activité réflexive.

²⁵ La notion de « personnage social » renvoie à une « construction intellectuelle » élaborée par « une certaine sociologie classique » pour articuler le rapport individu-société dans la modernité. Selon cette construction, « la signification et la trajectoire des actions sont à déduire de la position et de la fonction qu'un individu occupe au sein d'un domaine social constitué » (Martuccelli, 2002 : 15-16).

Support

La notion de support concerne « la possibilité même de l'individu » (Martuccelli, 2002 : 234), à savoir la manière dont il s'érige face au monde. Elle renvoie au fantasme moderne de « l'individu tenu de l'intérieur ». Cette illusion s'appuie sur une représentation idéale de l'individu contemporain qui allie autonomie, indépendance, autocontrôle et expressivité²⁶ (Martuccelli, 2002 : 49). Si cette figure est illusoire, c'est qu'il n'existe bien entendu aucun tel individu, mais plutôt des supports qui sont plus ou moins visibles, plus ou moins stigmatisants ou pathologiques et, donc, plus ou moins avouables (Martuccelli, 2002 : 82-116). Au-delà de l'illusion, l'individu contemporain ne peut que s'appuyer, mais la légitimité de ses points d'appui varie (Martuccelli, 2002 : 112). La notion de support renvoie ainsi à :

[un] ensemble hétérogène d'éléments, réels ou imaginaires, tissés au travers des liens avec les autres ou avec soi-même, passant par un investissement différentiel des situations et des pratiques, grâce auquel l'individu se tient, parce qu'il est tenu, et est tenu, parce qu'il se tient, au sein de la vie sociale. (Martuccelli, 2002 : 78)

En ce sens, la problématique à laquelle fait face l'individu contemporain est celle de se tenir, de supporter sa présence au monde (Martuccelli, 2002 : 79). Conséquemment, analyser l'individu contemporain nécessite ici de dégager les contours des supports sur lesquels il s'appuie.

²⁶ La facette expressive de l'individu contemporain nous intéresse particulièrement. Nous y revenons dans le chapitre qui suit.

Identité

Là où la notion de support met en jeu la possibilité même de l'individu, l'identité, quant à elle, renvoie à sa continuité à travers le temps (Martuccelli, 2002). Alors que les rôles que l'individu contemporain occupe se multiplient et s'entrecroisent, le rôle ne représente plus une solution identitaire. La modernité remet ainsi le problème identitaire dans les mains de l'individu contemporain. Le travail identitaire qui lui incombe s'élabore alors au carrefour « d'une histoire personnelle et d'une tradition sociale et culturelle » et ne peut faire fi d'une certaine inscription sociodémographique, que ce soit en termes de sexe, race, génération, etc. (Martuccelli, 2002 : 354). La « production identitaire » devient un travail de « médiation active » (Martuccelli, 2002 : 234) pour l'individu qui bricole son identité à même cet horizon d'appartenances plurielles.

Si le travail identitaire allie toujours affirmation d'appartenances et de différences, le résultat est soumis à une injonction d'unité et de cohérence. Cette cohérence est souvent le produit d'un effort narratif qui fait de l'individu contemporain « l' "auteur" (pratique parfois, narratif toujours) de sa propre vie » (Martuccelli, 2002 : 367). Le registre narratif est ainsi fortement sollicité dans le travail permanent que représente la production identitaire. Travail permanent puisque l'individu contemporain doit assurer, ne serait-ce que juridiquement, la continuité de son identité (Martuccelli, 2002 : 369).

[...], l'identité est moins déterminée par notre passé que le fruit d'un travail permanent, proprement intime bien que marqué par une série de facteurs sociaux, afin de dégager un sentiment de continuité de soi, le plus souvent à l'aide d'une narration sélectionnant d'une façon plus ou moins arbitraire quelques événements d'une vie afin de lui donner une cohérence d'ensemble. L'identité émerge à la fin de ce travail sur soi. (Martuccelli, 2002 : 370)

La dimension identitaire est investie de manière inégale et fluctuante par l'individu contemporain, selon les contextes. Alors que la consistance de l'investissement identitaire peut varier, la cohérence et la continuité identitaires nécessitent un travail sans relâche. Si l'individu contemporain peut réaliser ce travail identitaire, c'est aussi qu'il dispose désormais d'un espace subjectif sans précédent dans lequel il peut construire sa singularité en toute réflexivité.

Subjectivité

L'espace qu'occupe la subjectivité dans le monde moderne est peut-être bien le marqueur premier de la modernité. Par l'expérience subjective, l'individu contemporain investit l'effet de « distance au monde » propre à la modernité. Dans cet espace subjectif, l'individu contemporain élabore le fantasme d'échapper au social. Une illusion paradoxale car l'espace subjectif est socialement donné. Si la subjectivité est vécue comme un espace hors du social, l'espace sans précédent que la subjectivité occupe dans la société contemporaine est un phénomène social (Martuccelli, 2002 : 462-463). Ainsi, l'expérience subjective de l'individu contemporain est à la fois la manifestation et l'impossibilité d'une distance au monde (Martuccelli, 2002 : 466). Hormis ce sentiment de distance au monde, la subjectivité représente simultanément un refus et un désir, une position « à la fois [d']excès et [de] déficit face à toute figure sociale de l'individu » (Martuccelli, 2002 : 463). En ce sens, identité et subjectivité renvoient à des logiques opposées. Alors que l'identité cherche à se réaliser dans un contenu, la subjectivité procède toujours dans mouvement de fuite (Martuccelli, 2002 : 467-471). La distance subjective est à la fois la possibilité et le produit du travail réflexif propre à la modernité (Martuccelli, 2002 : 509-510).

Réflexivité

La réflexivité – à distinguer de l'introspection qui est une faculté de la conscience humaine – est « un phénomène propre à la modernité » (Martuccelli, 2002 : 510). Si la subjectivité est une expérience vécue et un phénomène social, la réflexivité constitue, elle, une activité sociale. Martuccelli suggère de concevoir la réflexivité comme « une double pratique sociale » (Martuccelli, 2002 : 510). C'est-à-dire que la réflexivité représente un retour autocritique sur l'action, sur soi, sur « ce qui se passe » – pour revenir à l'expression de Velpry (2008) – retour qui se déroule dans l'espace subjectif et, par le fait même, permet à l'individu contemporain de manifester activement sa subjectivité (Martuccelli, 2002 : 510). Le philosophe Charles Taylor souligne l'élaboration historique d'une « réflexivité radicale », une présence à soi qui permet à l'individu de « prendre sa subjectivité comme objet » (Molénat, 2010), de « devenir conscient de [sa] conscience, [de] faire l'expérience de [son] expérience » (Taylor, 1998 : 177). Nous dirons que la réflexivité constitue en quelque sorte le moteur du travail sur soi.

Maintenant que nous avons étayé trois grandes dimensions dont les consistances variables permettent de saisir l'individu contemporain aux prises avec la « malléabilité résistante » du monde (Martuccelli, 2002), nous nous tournons vers la trame normative qui peut nous aider à appréhender les actions de l'individu contemporain, à les situer en vertu de repères normatifs.

2.2.2 Les règles de l'individualité contemporaine²⁷

Comme Nicolas Moreau l'exprime bien dans *État dépressif et temporalité* (2009), notre objectif ici est d'explorer une portion de la trame normative qui guide l'individualité contemporaine afin d'en dégager certaines règles (Moreau, 2009 : 28). Nous proposons de concevoir les normes – ici, règles de l'individualité contemporaine – comme des points de repère par rapport auxquels l'individu contemporain est toujours nécessairement situé. C'est-à-dire que si les normes admettent des écarts, il est impossible de s'en extraire d'une quelconque manière (Moreau, 2009 : 66). Ainsi, nous dirons avec Moreau (2009) que les normes forment un « tissu social » qui permet une commune mesure, un terrain d'entente ou de mésentente, une communication (Moreau, 2009 : 67-69). En nous penchant sur certaines règles de l'individualité contemporaine, nous cherchons à saisir le tissu social qui donne forme à l'individu contemporain. Les deux grands fils conducteurs de la trame normative contemporaine qui nous intéressent ici sont l'autonomie et le travail sur soi.

2.2.2 a) L'autonomie dans l'entreprise de soi

Comme nous l'avons vu, la modernité ouvre un espace nouveau pour l'individu. Hors de la communauté, alors que les rôles qu'il occupe se multiplient, l'individu possède une latitude nouvelle pour se définir. Toutefois, l'individu est simultanément confronté à l'obligation de se définir. Dans une société où les institutions

²⁷ Nous empruntons l'expression à Marcelo Otero (2003). Dans son ouvrage intitulé, *Les règles de l'individualité contemporaine : santé mentale et société*, Otero parle des « règles de l'individualité contemporaine » pour désigner la régulation ambiante des subjectivités individuelles et des conduites sociales. Bien que nous utilisions cette expression pour désigner la normativité qui caractérise les sociétés contemporaines, notre propos ne s'inscrit pas la même perspective foucauldienne.

traditionnelles ne transmettent plus les normes de manière harmonieuse, l'individu doit faire preuve d'autonomie devant la tâche qui lui incombe de se définir (Martuccelli et Singly, 2009 : 30). Vis-à-vis une loi morale dont l'emprise diminue et un éclatement des repères possibles, l'autonomie et la responsabilité de soi viennent remplacer la discipline et la culpabilité dans le gouvernement de soi qui doit, à son tour, s'accomplir dans un souci de performance (Ehrenberg, 1995, 1998). L'individu est libre de se définir à sa guise mais il doit se définir. Ehrenberg (1998) parle d'un individu aux prises avec « l'aspiration de n'être que lui-même et la difficulté d'y parvenir » (Ehrenberg, 1998 : 147).

Dans le contexte contemporain, l'autonomie acquiert ainsi une normativité sans précédent. Pour Ehrenberg (2005), l'espace élargi qu'occupent les questions de souffrance psychique et de santé mentale n'est autre que la manifestation de cette injonction contemporaine à l'autonomie. Alors que la bonne santé mentale renvoie à un individu autonome, l'individu en défaut d'autonomie, qui peine à assumer la responsabilité de soi, se révélera souffrant. Ironiquement, cette souffrance exigera de lui un travail sur soi.

2.2.2 b) Le travail sur soi

Doucet (2017) définit le travail sur soi comme « une pratique réflexive, un acte de connaissance dans lequel les sujets s'engagent, à partir de leurs croyances et de leurs affinités propres » (Doucet, 2017 : 73). Notons qu'en tant que pratique réflexive, le travail sur soi représente une pratique sociale qui occupe l'espace subjectif. En ce sens, le travail sur soi est une modalité des subjectivités contemporaines.

Si le travail sur soi n'est pas, en soi, un produit de la configuration contemporaine de l'articulation individu-société, la place qu'il y occupe, elle, l'est. Alors qu'à l'origine,

le travail sur soi était l'affaire de quelques élus, s'inscrivant largement dans une logique religieuse ou spirituelle, la sensibilité à soi et le travail sur soi ont fait l'objet d'une importante démocratisation (Doucet, 2016). Le caractère sacré que notre époque confère à l'individu fait en sorte que tous se doivent une sensibilité et peuvent être l'objet d'un travail réflexif (Doucet, 2016). Martuccelli (2010), reprenant les propos d'Axel Honneth (2006), parle d'une « massification du projet d'exploration de soi » (Martuccelli, 2010 : 37). Cette démocratisation du soi comme objet d'analyse constitue l'envers de la montée structurelle de la singularité qui, selon Martuccelli (2010), caractérise la période contemporaine. Doucet (2017) situe d'ailleurs le travail sur soi dans le contexte historique des sociétés singularistes (Martuccelli, 2010). Dans ce même contexte, elle propose de concevoir le travail sur soi comme une véritable « épreuve contemporaine de singularisation » (Doucet, 2017 : 74). Si le travail sur soi devient « une des modalités du développement d'une individualité » dans les sociétés occidentales contemporaines, explique Doucet, c'est que « le travail sur soi intervient désormais dans un contexte où l'autonomie de l'individu est une valeur sacrée (Marquis, 2015) » (Doucet, 2017 : 74-75).

En effet, travail sur soi et autonomie vont main dans la main. C'est-à-dire que le travail sur soi représente un important vecteur d'autonomie pour l'individu contemporain, que ce soit en terme d'adaptation ou d'émancipation (Doucet, 2016, 2017). Selon Demailly (2014), la règle d'autonomie qui règne sur l'individualité contemporaine possède ce double versant : l'autonomie renvoie tantôt à un projet d'adaptation, tantôt à une entreprise d'émancipation. En ce sens, l'individu contemporain cherchera à s'adapter à la « malléabilité résistante » du monde (Martuccelli, 2002) ou à s'en émanciper, selon les contextes. Le travail sur soi auquel s'évertue l'individu contemporain s'inscrit aussi dans ces deux modalités. D'un côté, selon une lecture d'orientation foucauldienne, le travail sur soi peut être perçu comme une réponse de l'individu contemporain à un « impératif de gouvernementalité de

soi » (Doucet, 2017 : 78). Il institue ici un « rapport politique de soi à soi » (Foucault, 1984 dans Doucet, 2017 : 78). D'un autre côté, le travail sur soi devient un dispositif émancipatoire par lequel l'individu cherche à se réaliser. Il devient alors un projet éthique (Doucet, 2016, 2017).

La visée émancipatoire du travail sur soi mobilise souvent un souci d'authenticité. Par un travail sur soi, l'individu contemporain espère atteindre ce qu'il est vraiment. Comme le remarque Doucet (2016, 2017), une tension se dégage alors entre adaptation et émancipation où la visée émancipatoire du travail sur soi devient en quelque sorte un projet d'adaptation au soi authentique. Ainsi, l'analyse du travail sur soi de l'individu contemporain permet d'accéder aux « dimensions libératrices de cette expérience tout en nourrissant les connaissances sur le devoir-être historico-social de l'individu » (Doucet, 2017 : 79). La possibilité même de cette analyse repose sur la manière dont le travail sur soi met en tension intériorité et expressivité.

Si le travail sur soi mobilise la topique de l'intériorité (Doucet, 2011b), il ne peut se manifester que par le déploiement d'une certaine expressivité. Alors que les subjectivités contemporaines se manifestent à coups de réflexivité et d'affectivité (Genard, 2008, cité dans Doucet, 2016), elles sont portées par les registres symboliques et narratifs (Doucet, 2016 : 53). Le registre narratif vient notamment manifester le travail sur soi de l'individu contemporain. Si nous pouvons espérer avoir accès au sens et aux connaissances que l'individu contemporain produit dans l'intimité de son intériorité, cet accès passe par la narration. En ce sens, le récit est à la fois témoin et partie du travail sur soi de l'individu contemporain. Ce que Doucet (2016) qualifie comme « l'épreuve sociale du travail sur soi » participe à son tour au travail d'individuation de l'individu contemporain.

2.3 Le travail d'individuation

L'individu contemporain ne cesse de travailler à se produire au monde duquel la modernité l'a séparé. Ce travail sans relâche est celui de s'individualiser. Dans cette section, nous définissons d'abord l'individuation et le travail d'individuation. Nous abordons ensuite brièvement l'individuation par l'épreuve puisque l'opérateur analytique que nous avons sélectionné afin de rendre compte du travail d'individuation de l'individu contemporain, l'expérience sociale, en est une variante.

2.3.1 Définition

L'individuation renvoie au « processus structurel de fabrication des individus » dans une société donnée (Martuccelli, 2009 : 22). Dans les sociétés contemporaines, la socialisation prend désormais la forme d'une individuation et l'individuation devient le vecteur principal de la normativité sociale (Otero, 2017). Dans ce contexte, la configuration contemporaine de l'articulation individu-société repose largement sur les épaules de l'individu contemporain. L'individu devient l'agent premier de ce travail d'individuation, un travail fondamentalement normatif. Par « travail d'individuation », nous faisons ainsi référence au processus par lequel l'individu contemporain se produit comme individu. Face à cette tâche, l'individu est guidé par les règles de l'individualité contemporaine abordées ci-haut.

D'emblée, il est essentiel de distinguer la notion d'individuation de celle d'individualisation. L'individualisation renvoie principalement à la diversification des trajectoires personnelles. Il s'agit d'un phénomène observable empiriquement (Martuccelli, 2009, 2010). Pour notre propos, l'individuation a plutôt une valeur analytique. Pour le réitérer, nous utilisons la notion d'individuation en référence au processus social de production des individus, c'est-à-dire à la manière dont les

individus se produisent comme individus dans la société contemporaine. Bien qu'il s'agisse de deux notions distinctes, l'individualisation et l'individuation s'inscrivent dans une logique de complémentarité. En effet, le processus d'individuation contemporain entraîne un phénomène d'individualisation. Alors que l'individuation contemporaine répond à des injonctions spécifiques – les règles de l'individualité contemporaine abordées précédemment, par exemple –, les trajectoires qu'empruntent les individus pour y répondre varient et s'individualisent.

Notre choix d'aborder l'objet de notre recherche – le diagnostic de bipolarité – par le biais de la notion d'individuation, et non celle d'individualisation, repose sur le fait que l'expérience sociale – l'opérateur analytique que nous avons retenu – constitue en soi une façon de concevoir le processus contemporain d'individuation. L'individu se produit comme individu alors qu'il élabore sans relâche son expérience sociale. La diversité empirique de l'expérience sociale des personnes ayant un diagnostic de bipolarité, soit l'individualisation de l'expérience liée au diagnostic de bipolarité, bien qu'elle aussi soit pertinente, sera *de facto* abordée à travers l'attention que nous désirons prêter à l'expérience sociale comme processus d'individuation. Avant de nous tourner vers la notion d'expérience sociale (Dubet, 1994, 2007), nous désirons la situer dans le courant plus large de l'individuation par l'épreuve auquel elle appartient.

2.3.2 L'individuation par l'épreuve

De toutes les manières dont le travail d'individuation peut être perçu, l'épreuve nous intéresse particulièrement. L'épreuve propose une articulation particulière entre l'acteur et le système, entre l'individu et la société (Martuccelli et Singly, 2012). La notion théorique d'épreuve permet d'articuler les expériences personnelles avec les grands ensembles sociaux dans lesquels elles prennent place (Martuccelli et Singly,

2012 : 79). En ce sens, l'épreuve permet d'observer le parcours biographique à l'horizon de sa configuration historique.

Pour Martuccelli, les épreuves représentent « des défis historiques, socialement produits, inégalement distribués, que les individus sont contraints d'affronter » (Martuccelli, 2006 : 20) au sein d'un processus structurel d'individuation. Martuccelli (2010 : 142) précise que la notion analytique d'épreuve ne se prête pas à toute expérience éprouvante, mais trouve sa pertinence pour aborder seulement un nombre restreint de grands défis standardisés à l'échelle des membres d'un collectif donné. Comme nous l'avons souligné, Doucet (2016) propose de concevoir le travail sur soi comme l'un de ces grands défis, comme une épreuve contemporaine. Toutefois, si tous ont à affronter de mêmes grandes épreuves, la manière dont chacun s'y mesure varie, produisant ainsi l'inflation singulariste caractéristique des sociétés contemporaines (Martuccelli et Singly, 2012 : 81). Alors que pour Martuccelli (2010), la singularité de l'individu contemporain se dessine à mesure qu'il est confronté à différentes épreuves, pour Dubet (1994, 2007), elle est le produit du travail que doit effectuer l'individu pour se doter d'une expérience sociale cohérente.

En effet, selon Dubet (1994, 2007), l'épreuve à laquelle est confrontée l'individu n'est autre que son expérience de chaque instant. L'expérience sociale est « l'épreuve permanente » à laquelle l'individu fait face alors qu'il doit agir dans une société qui multiplie les registres d'action possibles (Martuccelli et Singly, 2012 : 76). Ainsi, face aux épreuves spécifiques identifiées par Martuccelli, Dubet opère une démocratisation de la notion d'épreuve qui devient alors la tâche qui incombe à tous et chacun de « se doter d'une expérience articulée » (Martuccelli et Singly, 2012 : 79). Face au déclin de la normalisation institutionnelle traditionnelle, l'expérience sociale devient un opérateur analytique qui unifie ce qu'est l'épreuve de s'individuer.

Dans cette optique, toutes les épreuves partagent une même structure analytique, celle de l'expérience sociale.

2.4 L'expérience sociale

Dans cette section, nous présentons l'opérateur analytique que nous avons retenu pour rendre compte du travail d'individuation de l'individu contemporain, soit l'expérience sociale, notion que nous empruntons au sociologue français, François Dubet (1994, 2007). Après avoir introduit une définition de la notion d'expérience sociale, nous présentons les trois registres d'action dont elle est constituée : l'intégration, la stratégie et la subjectivation. Nous mettons ensuite en lien ces trois registres d'action – qui constitueront le socle de notre travail d'analyse – avec les grandes dimensions de l'individu contemporain abordées précédemment. Nous commençons d'abord par distinguer l'usage courant du terme « expérience » de l'usage analytique auquel renvoie ici la notion d'« expérience sociale ».

2.4.1 Distinction : « Expérience » et « expérience sociale »

La notion d'« expérience » est couramment employée dans les conversations de tous les jours. Dans ce contexte, elle fait souvent référence à une procédure scientifique – au registre expérimental – ou à un vécu – au registre expérientiel (Sévigny, 2016). Dans ce dernier cas, elle peut faire référence à un bagage d'acquis qui découle d'un vécu – l'expérience professionnelle, par exemple – ou, encore, au ressenti qui émerge d'un vécu précis – la peine d'amour ou, pour se rapprocher de notre objet d'étude, la maladie mentale. Alors que l'expérientiel renvoie à un contenu, l'expérimental renvoie à un processus (Sévigny, 2016). Dubet (2007) aborde les usages courants du terme « expérience » et y situe la notion d'expérience sociale comme suit:

La notion d'expérience possède une double signification. La première évoque le vécu, le flux des émotions, des sentiments et des idées; la seconde désigne des techniques de mesure, de vérification et de résolution de problèmes. À choisir, ce que j'appelle l'expérience sociale renvoie plutôt au second sens. (Dubet, 2007 : 104)

Ainsi, contrairement à ce que le lecteur pourrait penser intuitivement, la notion d'expérience sociale ne fait point référence au vécu expérientiel, bien qu'elle ne l'exclue pas non plus. L'expérience sociale se situe plutôt dans le registre expérimental. Elle fait référence à une activité, un travail, celui de « construire le monde » (Dubet, 1994 : 93). L'expérience sociale représente le processus par lequel l'individu articule son lien à la société et, par le fait même, « construit son monde » en toute singularité.

2.4.2 Définition

L'expérience sociale fait référence à un travail, à une activité (Dubet, 1994, 2007). Ce travail est celui de l'individu qui accomplit la tâche sans fin d'accorder les trois logiques d'action qui régissent l'hétérogénéité de la vie sociale moderne. Pour reprendre les mots de Dubet (2007) :

[...], l'expérience sociale n'est pas un vécu relevant d'une simple description compréhensive, c'est un travail, une activité cognitive, normative et sociale que nous devons apprendre à analyser quand la programmation des rôles sociaux et le seul jeu des intérêts ne permettent pas d'en rendre compte totalement. (Dubet, 2007 : 105)

Face à l'écart sans précédent que la modernité crée entre l'individu et la société, l'expérience sociale rend compte du travail que l'individu doit faire pour s'individuer alors que les registres d'action possibles s'autonomisent. Face à cet éclatement des logiques d'action, ce travail devient une véritable « expérience ». Bien que le

matériau de l'expérience sociale soit donné – les logiques d'action qui la constitue –, chaque individu crée à partir de ce matériau une expérience sociale idiosyncrasique et unique. En ce sens, explorer l'expérience sociale permet de capter l'individualisation des parcours, leur singularité, tout en explorant les dynamiques que ces parcours singuliers ont en commun.

Bien que l'étude de l'expérience sociale nous amènera à analyser un corpus de récits d'expérience (individuelle) avec le diagnostic de bipolarité – comme nous le verrons dans le chapitre suivant –, l'utilisation de la notion d'expérience sociale nous permettra, à travers l'analyse de ces expériences individuelles, de viser un objectif heuristique qui les dépasse. Étudier l'expérience sociale de la bipolarité nous permettra d'explorer l'inscription du diagnostic de bipolarité dans le travail d'individuation de l'individu contemporain. La structure analytique qui guidera notre exploration est donnée par le matériau de l'expérience sociale, ses logiques d'action.

2.4.3 Les logiques d'action

Comme nous l'avons vu ci-haut, la notion d'expérience sociale fait référence à une activité, au travail par lequel l'individu contemporain relève le défi de s'individualiser. Selon le modèle de Dubet (1994, 2007), cette activité est composée de trois logiques d'action distinctes mais complémentaires, parfois en tension, lesquelles sont continuellement combinées et hiérarchisées par l'individu qui construit son expérience sociale (Dubet, 2007 : 98). Le travail par lequel l'individu contemporain construit son expérience sociale se situe dans les trois registres d'action suivants : l'intégration, la stratégie et la subjectivation. Ces trois logiques d'action renvoient à trois orientations de l'action, à trois perspectives sur soi, les autres et le monde (Dubet, 1994 : 111). Bien qu'il soit possible de les distinguer à des fins théorique et analytique, elles s'entremêlent d'un point de vue empirique.

2.4.3 a) L'intégration

Dans la logique d'intégration, l'individu vise le maintien ou le renforcement des appartenances par lesquelles il se définit (Dubet, 1994 : 111). C'est dans cette logique que la personnalité se rapproche le plus du personnage social (Dubet, 1994 : 112). À l'intérieur de cette logique d'action, « le rapport de l'acteur²⁸ au système est un lien d'engendrement » où « le système précède à l'acteur » (Dubet, 2007 : 99). L'« identité intégratrice » mise en jeu par la logique d'intégration reste souvent aux « franges de la conscience », explique Dubet, ne faisant surface que par un travail d'introspection, lorsqu'il est possible, ou un travail analytique (Dubet, 1994 : 113). Toutefois, Dubet (2007) insiste sur le fait que la logique d'intégration n'est pas un état passif – on parle bien d'une logique d'action. Le registre de l'intégration renvoie à l'« activité par laquelle chacun construit sans cesse cette intégration objective qui est aussi une subjectivité personnelle » (Dubet, 2007 : 99). Comme Dubet l'explique, « [i]l s'agit d'une activité subjective constituée par cette économie de l'intégration dans laquelle les individus visent le maintien ou le changement du monde afin de maintenir la continuité de leur identité » (Dubet, 1994 : 118). Nous dirons ainsi que la logique de l'intégration renvoie à un travail identitaire dont l'enjeu principal est la continuité identitaire.

En effet, des grandes dimensions par lesquelles Martuccelli (2002) suggère de saisir l'individu contemporain, la logique d'intégration mobilise particulièrement l'identité. Dans le contexte contemporain, la logique de l'intégration renvoie au travail de construction et de maintien identitaire face à la multiplication des appartenances

²⁸ Dubet (1994, 2007) utilise les termes « acteur » et « système » car la notion d'expérience sociale s'inscrit dans une sociologie de l'action où l'individu est avant tout un « acteur » qui doit combiner des logiques d'action dans un « système » qui ne les « verrouille » plus dans un ensemble (Dubet, 1994 : 134), où elles s'autonomisent et s'opposent parfois.

possibles et des univers de sens disponibles. En ce sens, nous proposons une lecture de la logique d'intégration qui intègre les notions de socialisation primaire et secondaire telles qu'elles sont pensées par Berger et Luckmann (2012).

Dans *La construction sociale de la réalité*, Berger et Luckmann (2012) proposent une sociologie de la connaissance. La socialisation y devient *grosso modo* l'acquisition et l'appropriation subjective de connaissances. La socialisation primaire – c'est-à-dire la première socialisation de l'enfance – renvoie alors à une acquisition de connaissances réalisée dans un cadre relationnel imposé, formé d'appartenances caractérisées par un fort lien d'attachement – la famille. La socialisation secondaire, elle, renvoie à une acquisition de connaissances qui a lieu dans un contexte relationnel souvent plus libre, formé d'appartenances qui ne nécessitent pas le même degré d'attachement. L'importance de la socialisation secondaire, c'est-à-dire d'une position d'apprentissage continue, s'accroît face à la pluralité des univers de sens qui caractérisent les sociétés contemporaines (Doucet, 2016). L'individu contemporain doit alors travailler à la continuité et au maintien de son identité face à la multiplication des univers sociosymboliques dans lesquels il évolue. Nous suggérons de concevoir le travail d'arrimage sociosymbolique entre socialisations primaire et secondaire comme relevant du travail qui occupe l'individu contemporain dans la logique d'intégration.

2.4.3 b) La stratégie

Dans le registre de la stratégie, l'individu cherche à réaliser ses intérêts (Dubet, 1994). Dans cette optique, les composantes identitaires que l'individu cherche à arrimer dans une perspective d'intégration deviennent ici autant de « ressources mobilisables » (Dubet, 2007 : 100). Comme l'explique Dubet, « les objets sociaux changent de nature selon la logique de l'action qui s'en saisit » (Dubet, 2007 : 100).

Si l'on en fait une lecture inspirée des travaux d'Erving Goffman, l'enjeu de la logique stratégique peut être vu comme le maintien du *self* sur l'échiquier du jeu social. Les rituels interactionnels prennent sens alors que la société est non plus perçue dans une logique d'intégration, mais plutôt de régulation (Goffman, 1974, cité dans Dubet, 1994). La participation au jeu social requiert toutefois une base minimale d'intégration. Ainsi, Dubet (1994) souligne comment même « l'action stratégique la plus nettement finalisée n'est pas possible sans le socle d'une intégration minimale » (Dubet, 1994 : 121).

Si nous avons associé la logique de l'intégration à un travail identitaire visant notamment la continuité de l'identité, nous suggérons de concevoir l'enjeu de la logique stratégique en termes de supports. Comment l'individu se (main)tient-il? Sur quoi s'appuie-t-il pour se tenir? À quelles stratégies, à quels moyens a-t-il recours? Dans ce registre, le travail d'individuation devient alors celui de déployer diverses stratégies afin de maintenir sa continuité au monde, afin de se (main)tenir dans le monde. Il s'agit ici pour l'individu contemporain de trouver des sources d'appui, de support et de soutien. Toutefois, ni la logique d'intégration ni celle de la stratégie n'expliquent de manière satisfaisante l'activité critique, face au monde et face à soi – la réflexivité –, qui distingue l'individu contemporain.

2.4.3 c) La subjectivation

Pour Dubet (1994, 2007), la logique de la subjectivation est celle du « metteur en scène », du « Je », qui régit les tensions entre les « moi » de l'intégration et les « moi » de la stratégie (Dubet, 2007 : 102). « [S]i nous agissons dans plusieurs registres d'action, explique Dubet, encore faut-il qu'un sujet, qu'un metteur en scène, soit en mesure de gérer les tensions entre ces logiques sachant que, dans ce cas, il est tenu de les mettre à distance » (Dubet, 2007 : 102). La logique de subjectivation

renvoie effectivement à une mise à distance, à un rapport d'excès ou de défaut avec l'identité-intégratrice ou l'identité-ressource. Toutefois, cette mise à distance est toujours également un engagement envers un modèle culturellement défini du sujet. Cet engagement n'est par contre qu'une orientation de l'action, un désir plus qu'une réalité.

Cet engagement vers une représentation culturelle du sujet est vécu comme un inachèvement, comme une « passion » impossible et désirée permettant de se voir comme l'auteur de sa propre vie, ne serait-ce que dans la souffrance créée par l'impossibilité de réaliser pleinement ce projet. (Dubet, 1994 : 128)

Dans le registre de la subjectivation, l'individu contemporain emplit l'espace subjectif de son désir d'être sujet et auteur de sa vie, un désir qui le ramène face à la souffrance qui, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, caractérise le champ affectif contemporain. Ainsi, la logique de subjectivation se déploie à la fois dans l'engagement et le dégageant (Dubet, 1994 : 129). Il s'agit de la logique dans laquelle l'acteur travaille à s'approprier l'expérience sociale comme son expérience (Dubet, 1994 : 184). Toutefois, ce mouvement d'appropriation ne peut avoir lieu que dans un élan de distanciation, rendu possible par l'écart entre soi et le monde caractéristique de la modernité.

Pour résumer, nous dirons que la logique de la subjectivation est celle de l'activité critique, de la réflexivité, du quant-à-soi (Doucet, 2007) qui rend compte de l'activité de l'individu contemporain dans l'espace subjectif sans précédent que la modernité dégage entre le monde et lui. Pour revenir aux grandes dimensions par lesquelles Martuccelli (2002) propose de saisir l'individu des sociétés contemporaines, nous dirons que la subjectivation renvoie particulièrement à la subjectivité et à la réflexivité. Nous suggérons de concevoir la logique de la subjectivation comme celle

qui oriente l'individu vers une appropriation subjective de son expérience tout en lui permettant une distance réflexive face à cette même expérience. Nous entendons l'appropriation subjective dans le sens du « trouver-crée » de Winnicott (1975). C'est-à-dire que l'individu s'approprie des portions de l'expérience sociale comme étant la sienne créant par le fait même sa propre expérience, en toute singularité. Cette activité, déployée en toute intériorité, n'est autre qu'un travail sur soi.

Dans cette section, nous avons abordé le travail d'individuation de l'individu contemporain et proposé de le concevoir comme une expérience sociale. Face à « l'éclatement structurel des logiques d'action », l'expérience sociale renvoie au travail sur soi que l'individu est contraint d'effectuer « afin de se fabriquer comme auteur de son expérience » (Martuccelli et Singly, 2012 : 77). Nous avons proposé une lecture des logiques d'action associées à l'expérience sociale – intégration, stratégie et subjectivation – qui reprend certaines grandes dimensions de l'individu contemporain – identité, support, subjectivité et réflexivité. Nous proposons maintenant de préciser notre objectif de recherche en l'appuyant sur l'édifice conceptuel que nous avons élaboré.

2.5 L'inscription du diagnostic de bipolarité dans l'expérience sociale

La présente recherche vise à répondre à la question suivante : quel est l'effet du diagnostic de bipolarité sur l'individu contemporain? Plus spécifiquement, nous nous intéressons à l'effet du diagnostic de bipolarité sur le travail d'individuation de l'individu contemporain. Dans ce chapitre, nous avons vu que travail d'individuation renvoie au processus par lequel l'individu contemporain se fabrique comme individu. Ce travail se situe au centre de la configuration contemporaine de l'articulation individu-société abordée dans le chapitre précédent. Nous avons choisi de concevoir ce travail comme une véritable « expérience sociale », c'est-à-dire comme le travail

de l'individu face à l'éclatement des registres d'action possible, éclatement qui le laisse en charge de construire son expérience. Conséquemment, nous proposons de nous intéresser à l'effet du diagnostic de bipolarité sur le travail de l'individu contemporain dans chacun des trois registres d'action de l'expérience sociale. Notre objectif de recherche devient le suivant :

- explorer l'inscription du diagnostic de bipolarité dans les trois registres d'action qui composent l'expérience sociale de l'individu contemporain.

Maintenant que nous avons abordé l'édifice conceptuel sur lequel repose la présente recherche, nous nous tournons vers la méthodologie que nous avons sélectionnée afin de répondre à l'objectif de recherche précisé ci-haut. Comme la notion d'expérience sociale donne à l'individu contemporain la responsabilité d'être l'auteur de son expérience, nous proposons d'analyser l'expérience d'individus atteints de bipolarité qui ont pris cette opportunité au mot.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

Les deux précédents chapitres nous ont permis d'aborder les principaux éléments de notre objectif de recherche, soit explorer l'inscription du diagnostic de bipolarité dans les trois registres d'action qui composent l'expérience sociale de l'individu contemporain. Dans la problématique, nous avons abordé l'inscription du diagnostic de bipolarité dans le champ élargi de la santé mentale caractéristique des sociétés occidentales contemporaines. Puis, dans le cadre conceptuel, nous avons proposé une grammaire de l'individu contemporain, survolé les règles de l'individualité contemporaine et abordé le travail d'individuation par lequel l'individu contemporain articule son lien à la société, travail que nous avons choisi de concevoir en termes d'expérience sociale.

Dans ce chapitre, nous présentons la méthodologie sélectionnée afin d'atteindre notre objectif de recherche, c'est-à-dire une analyse de contenu de six récits autobiographiques portant sur l'expérience respective de leurs auteurs avec le diagnostic de bipolarité. Après avoir introduit notre stratégie générale de recherche, nous abordons la spécificité de notre corpus ainsi que sa constitution. Puis, nous présentons le corpus que nous avons soumis à l'analyse. Par la suite, nous abordons la méthode de traitement des données que nous avons utilisée pour procéder à l'analyse du contenu de notre corpus. Nous abordons les forces et les limites de la présente étude dans la dernière section de ce chapitre.

3.1 Stratégie générale

Nous avons choisi d'aborder notre objectif de recherche par le biais d'un devis qualitatif. Plus précisément, nous avons choisi de réaliser une analyse de contenu transversale de récits autobiographiques publiés, c'est-à-dire de textes témoignant de l'expérience personnelle de leurs auteurs avec le diagnostic de bipolarité. L'analyse de contenu (Bardin, 1991) ou analyse qualitative (Paillé et Mucchielli, 2008) a une fonction heuristique (Bardin, 1991); elle vise à « faire parler » un texte au-delà de son message initial (Paillé et Mucchielli, 2008). Paillé et Mucchielli (2008) définissent l'analyse qualitative comme « une démarche discursive de reformulation, d'explicitation ou de théorisation d'un témoignage, d'une expérience ou d'un phénomène » qui vise la découverte et la construction d'un sens (Paillé et Mucchielli, 2008 : 6). Dans cet ordre d'idée, par le choix d'un devis qualitatif, nous souhaitons expliciter la manière dont le diagnostic de bipolarité vient s'inscrire – son effet – dans les trois registres d'action de l'expérience sociale qui, pour le rappeler, rend compte du travail d'individuation de l'individu contemporain. Le choix d'utiliser des récits autobiographiques publiés vise à capter un échantillon représentatif de la population ciblée qui, dans notre cas, n'est autre que la figure de l'individu contemporain. Les auteurs des récits autobiographiques sélectionnés incarnent l'individualité contemporaine par leur choix de s'inscrire dans la normativité expressive ambiante et de partager le récit du travail sur soi que leur a occasionné la souffrance reliée à la bipolarité. Nous reviendrons sur cette question dans la section qui suit.

Nous avons ainsi formé un corpus de récits autobiographiques et réalisé une analyse thématique des récits de ce corpus selon une méthode de thématisation à la fois inductive et déductive. La portion déductive de notre méthode d'analyse repose sur la structure de l'opérateur analytique que nous avons sélectionné, c'est-à-dire sur les logiques d'action de l'expérience sociale. Pour les besoins de l'analyse, les logiques

d'action de l'expérience sociale sont devenues nos grands axes thématiques²⁹. Puis, de manière inductive, nous avons dégagé les thèmes quant à l'inscription du diagnostic de bipolarité dans chacun des trois registres d'action de l'expérience sociale devenus nos axes thématiques. Nous obtenons ainsi des résultats qui reflètent l'inscription du diagnostic de bipolarité – son effet – dans les logiques d'action de l'expérience sociale telle qu'elle est véhiculée dans les récits autobiographiques sélectionnés. Nous abordons la relation entre le récit autobiographique et l'expérience sociale dans la section suivante qui porte sur notre corpus.

De manière générale, la présente recherche permet l'identification de certains invariants du discours pour penser l'expérience sociale du trouble bipolaire. Elle ouvre une fenêtre sur l'inscription du diagnostic de bipolarité dans l'univers sociosymbolique contemporain.

3.2 Le corpus

Dans cette section, nous détaillons les étapes ainsi que les critères qui nous ont guidée dans la sélection de notre corpus. Puis, nous présentons les six récits autobiographiques qui forment le corpus soumis à l'analyse selon la méthode de traitement des données que nous abordons dans la section de suivante. Nous commençons d'abord par aborder la spécificité de notre corpus, spécificité qui n'enlève toutefois rien à sa représentativité, bien au contraire.

²⁹ L'axe thématique est le pôle porteur de sens ou, dans notre cas, la logique autour de laquelle se structurent les principaux ensembles thématiques de l'analyse (Paillé et Mucchielli, 2008 : 192).

3.2.1 La spécificité du corpus

Dans cette section, nous désirons aborder les considérations épistémologiques qui ont motivé le choix du matériau sélectionné pour répondre à notre objectif de recherche, c'est-à-dire le récit autobiographique ou récit de soi. Nous abordons d'abord la représentativité de notre corpus en termes d'individualité contemporaine, puis nous regardons la relation entre le récit de soi et l'expérience sociale.

3.2.1 a) L'individu contemporain et l'expressivité

Un corpus doit être représentatif de la population visée³⁰ (Bommier-Pincemin, 1999). Malgré le fait que la bipolarité ne soit désormais plus synonyme d'exclusion sous sa forme asilaire et qu'elle puisse également renvoyer à la figure de l'inclus, reflétant ainsi les modulations sociohistoriques au cœur du champ de la santé mentale, certains pourraient questionner la représentativité de notre échantillon face à la population d'individus ayant un diagnostic de bipolarité. Étant donné la souffrance psychique et les conséquences socioprofessionnelles et socioéconomiques associées au diagnostic de bipolarité, il semble adéquat de penser que plusieurs individus portant ce diagnostic n'ont pas accès aux ressources nécessaires pour produire le récit de leur expérience, encore moins le publier. Pour ceux et celles qui auraient ces ressources, la stigmatisation peut également représenter un frein. Même si l'on parle davantage de ce diagnostic, le stigma lui étant associé est loin d'avoir disparu. Comment alors justifier le choix d'un corpus de récits autobiographiques? Ici, il est impératif de

³⁰ Bommier-Pincemin (1999) identifie trois types de conditions auxquelles un corpus doit répondre. Il y a les conditions de signifiante – le corpus doit être constitué aux fins de l'étude visée –, les conditions d'exploitabilité – qui renvoie à l'homogénéité et au volume approprié du corpus –, puis les conditions d'acceptabilité – notamment la complétude et la représentativité. Notre corpus satisfait chacune de ces conditions.

garder en tête l'objectif de la présente recherche, soit celui d'explorer l'effet du diagnostic de bipolarité sur le travail d'individuation de l'*individu contemporain*. Les auteurs des récits à l'étude ont tous choisi de s'inscrire dans la normativité expressive ambiante, de faire le récit de leur épreuve, c'est-à-dire de leur expérience liée à la bipolarité. Ils ont répondu à leur souffrance par un travail sur soi, un travail en intériorité qu'ils partagent dans un élan d'expressivité. En ce sens, les auteurs des récits à l'étude sont considérés comme des figures de l'individualité contemporaine.

Dans *Les sources du moi*, Taylor (1998) identifie l'expression de soi comme une des caractéristiques distinctives du sujet moderne, une de ses sources morales. Il l'associe à un souci d'authenticité, lui aussi caractéristique des subjectivités contemporaines. Or, l'expression de soi renvoie également à la figure normative de l'individu contemporain présentée par Martuccelli (2002). L'expressivité est le vecteur par lequel l'individu contemporain peut démontrer sa singularité. L'expressivité vient manifester l'intériorité de l'individu contemporain, cette intériorité qui est l'objet d'un investissement massif dans la modernité. La relation intériorité-expressivité produit des individus à la fois conscients de leur singularité et contraints de la maintenir (Martuccelli, 2002 : 49). Or, comme le rappelle Doucet (2011b), le travail sur soi est devenu l'appellation désignée pour tout travail en intériorité qu'effectue l'individu (Doucet, 2011b: 122).

Dans le chapitre précédent, nous avons vu comment le travail sur soi représente une modalité normative de l'individualité contemporaine. Il s'agit d'un travail réflexif qui a lieu dans l'espace subjectif sans précédent qui caractérise la modernité. Ce travail sur soi constitue notamment une réponse à la souffrance que ressent l'individu contemporain dès lors que son autonomie est prise à défaut. Faire le récit de sa souffrance représente un travail sur soi, un travail sur soi qui participe au travail d'individuation de l'individu contemporain. L'individuation par l'épreuve abordée au

chapitre précédent possède d'ailleurs une logique narrative (Martuccelli, 2010). L'épreuve requiert une mise en récit individuelle, celle de la « mise à l'épreuve » (Martuccelli, 2010, cité dans Nault et Moreau, 2014 : 12). Les auteurs des récits à l'étude, ayant choisi de produire le récit de leur « mise à l'épreuve », de réaliser ce faisant un travail sur soi face à la souffrance liée à la bipolarité, s'inscrivent dans la normativité que nous avons associé à l'individualité contemporaine. D'autant plus qu'en publiant le récit de leur expérience, les auteurs des récits de notre corpus se rallient de manière radicale et non-équivoque à la normativité expressive contemporaine. La question qui demeure est alors celle de la relation entre ce récit de soi et l'expérience sociale.

3.2.1 b) Le récit de soi et l'expérience sociale

Le récit est d'abord et avant tout une « représentation d'actions » (Adam et Revaz, 1996 : 14). Selon Lindon (2005), les récits autobiographiques sont « socialement significatifs » (Lindon, 2005 : 57) et représentent « une source pour reconstruire [des] « agirs sociaux » déjà réalisés » (Lindon, 2005 : 56). Or, la notion d'expérience sociale, rappelons-le, est tirée d'une sociologie de l'action. Elle rend compte du *travail* incessant de l'individu, de l'*activité* cognitive, normative et sociale de l'individu qui articule son lien à la société. En ce sens, nous pouvons dire que le récit autobiographique reconstruit, en quelque sorte, l'expérience sociale de son auteur alors même qu'il la fait advenir dans le registre sociosymbolique.

Il y a bien entendu des règles propres au champ narratif et, d'autres encore, propres à l'autobiographie. Nous pouvons ainsi dire qu'il y a construction du récit tout comme il y a construction de l'expérience véhiculée dans le récit. Le récit autobiographique constitue un matériau que nous dirons « hyper-construit », c'est-à-dire qu'il s'agit d'une construction qui repose sur une construction. Le récit reconstruit l'expérience

sociale qui est aussi une construction. Toutefois, malgré cette hyper-construction, le contenu du récit autobiographique—le vécu de l’auteur, son affectivité, ses souvenirs, ses réflexions, bref, son expérience—véhicule l’expérience sociale de l’auteur et, par le fait même, est construit du même matériau, c’est-à-dire selon les mêmes logiques d’action. Ainsi, le récit autobiographique représente un laboratoire au sein duquel nous pouvons observer le déploiement des logiques d’action de l’expérience sociale. L’analyse de l’inscription du diagnostic de bipolarité dans les logiques d’action de l’expérience sociale telle qu’elle est mise en récit par les auteurs de notre corpus nous permettra de dégager des résultats quant à l’effet du diagnostic de bipolarité sur le travail d’individuation de l’individu contemporain.

Desmarais (2009), qui s’intéresse à la démarche (auto)biographique, situe l’engouement des sciences sociales pour cette approche dans un contexte sociohistorique qui valorise les subjectivités individuelles. L’essor de l’intérêt des sciences sociales pour ces « connaissances de sens commun », dont les individus sont les dépositaires (Lindon, 2005 : 55), est tributaire de la position clé de l’individu dans la société contemporaine, de « l’apparition de l’individu à l’avant-scène de la conscience contemporaine » (Doucet, 2011a : 166). Pour Doucet (2011a), le récit constitue une forme de connaissance qui est, à la fois, reflet et partie prenante d’une transformation sociale. « Dans le contexte d’individuation des sociétés contemporaines, » souligne cette même auteure, « les récits sur soi sont à la fois révélateurs de la dimension symbolique du social et dotés d’une fonction sociohistorique » (Doucet, 2011a : 166). Selon Desmarais (2009), la démarche autobiographique permet la pleine expression de la singularité de l’expérience individuelle, bien au-delà de ce que permettent d’autres supports méthodologiques (Desmarais, 2009 : 368).

En ce sens, le récit de soi ou récit autobiographique est à la fois le reflet et le produit de la configuration contemporaine de l'articulation individu-société abordée ci-haut. Le récit de soi reflète et produit à la fois la singularité de l'individu contemporain. Pour reprendre la perspicace formule de Doucet (2017) : « [l]e récit, pourrait-on dire, produit l'individu tout autant que celui-ci produit le récit » (Doucet, 2017 : 86).

Ainsi, le choix de bâtir un corpus de récits autobiographiques portant sur l'expérience individuelle des auteurs avec le diagnostic de bipolarité s'inscrit en continuité avec le cadre conceptuel que nous avons présenté dans le chapitre précédent. Nous abordons maintenant la constitution de notre corpus d'un point de vue pratique.

3.2.2 La constitution du corpus

Nous avons effectué la formation de notre corpus sur une période d'environ un an, débutant à l'hiver 2016. Afin de former notre corpus, nous avons procédé par « effet ricochet » à partir du récit autobiographique *An unquiet mind. A memoir of moods and madness* publié en 1995 par la psychiatre américaine Kay Redfield Jamison – elle-même bipolaire. C'est-à-dire que nous avons recherché des ouvrages connexes sur différents sites Web et moteurs de recherche. Nous avons eu recours à Google, Amazon.ca, Amazon.com, Amazon.fr. Nous avons également consulté le catalogue de la bibliothèque de l'Université du Québec à Montréal et celui de la Bibliothèque et des archives nationales du Québec. En concentrant nos recherches sur ces sites, nous avions en tête l'accessibilité de ces documents.

Nous avons débuté nos recherches avec les deux critères de sélection suivants :

- 1) l'auteur.e devait lui-même ou elle-même avoir reçu un diagnostic de bipolarité.

Une simple lecture de la description de l'ouvrage sur les sites et moteurs de recherche mentionnés nous permettait souvent d'établir si ce critère était rencontré ou non. Sinon, une lecture de l'introduction permettait de vérifier ce critère. Puis,

- 2) le récit devait avoir été publié dans les cinq dernières années, c'est-à-dire en 2011 ou après.

Ce dernier critère visait à assurer la dimension contemporaine de notre corpus. À cette fin, nous avons retenu non pas l'année du diagnostic, mais plutôt l'année de publication du récit. Nous avons fait le pari qu'une publication récente était garante d'une reconstruction narrative de l'expérience sociale liée au diagnostic de bipolarité qui reflétait adéquatement l'inscription du diagnostic de bipolarité dans l'univers sociosymbolique actuel. D'autant plus que les auteurs ne mentionnent pas systématiquement en quelle année ils ont reçu leur diagnostic de bipolarité. Ce critère de sélection a également eu pour effet de restreindre le volume de récits à considérer pour la formation de notre corpus.

Malgré que nous ayons initié les recherches pour constituer notre corpus à partir d'un ouvrage écrit et publié en anglais, nous avons vite réalisé que nous devions nous concentrer sur des récits écrits et publiés en français. Inclure des récits dans une langue autre que le français aurait signifié une complexification de l'analyse au-delà des ressources dont nous disposions pour la présente recherche. Malgré que nous acceptions que le récit autobiographique représente un matériau hyper-construit, nous avons choisi d'exclure les ouvrages traduits en français afin de minimiser les interférences avec le récit original. Bien entendu, nous ne pouvons contrôler la part du récit qui a pu être ajustée au moment de l'édition. Il s'agit ici d'une première limite de la présente recherche. Toutefois, même si l'édition du récit a pu entraîner certaines modifications du contenu original, nous dirons que le processus éditorial

n'affecte pas l'inscription du récit dans l'univers sociosymbolique contemporain. Auteur et éditeur partagent cet univers.

Afin de refléter la répartition sociodémographique de la maladie bipolaire, nous avons également cherché à atteindre une parité de genre dans notre corpus. Ce critère a été déterminant pour la constitution finale du corpus. Nous avons également le souci d'avoir un corpus reflétant l'hétérogénéité de l'entité diagnostique bipolaire contemporaine. Nous avons ainsi le souci d'inclure dans notre corpus des récits autobiographiques portant sur l'expérience de leurs auteurs avec le trouble bipolaire de type I (manie franche) ainsi que le trouble bipolaire de type II (hypomanie). Ce critère fut également important quant à la constitution finale du corpus. En prenant en considération tous ces critères de sélection, nous sommes parvenus à former le corpus de récits autobiographiques que nous introduisons dans la section qui suit.

3.2.3 La présentation du corpus

Notre corpus est composé de six récits autobiographiques. Ces six récits sont contenus dans cinq publications distinctes. Nous avons retenu une publication qui combine les récits autobiographiques respectifs de deux auteures, Marie Alvery et Hélène Gabert³¹. Notre corpus est donc formé des cinq publications suivantes :

- Marie Alvery et Hélène Gabert. (2013). *J'ai choisi la vie. Être bipolaire et s'en sortir*. Paris : Payot & Rivages. 250 p.
- Matthieu Bonin. (2017). *Péter sa coche. Journal d'une vie sauvée*. Brossard : Les Éditions Un monde différent. 187 p.

³¹ Nous tenons à souligner qu'il s'agit bien de deux récits distincts réunis dans une même publication et non pas d'un unique récit rédigé par deux auteures.

- Richard Langlois. (2016). *Le fragile équilibre. Témoignage d'espoir et réflexions sur le trouble bipolaire*. [2004]. Salaberry-de-Valleyfield : Marcel Broquet. 259 p.
- Yann Layma. (2012). *J'ai dû chevaucher la tempête. Les tribulations d'un bipolaire*. Paris : Éditions de La Martinière. 283 p.
- Agathe Lenoël. (2015). *Qui suis-je quand je ne suis pas moi? Une bipolaire témoigne*. Paris : Éditions Odile Jacob. 178 p.

Nous présentons certaines caractéristiques des auteurs dans le tableau 3.1.

Tableau 3.1

Auteurs	Nationalité	Dx	Âge approx. au Dx	Âge approx. à la publication
Marie Alvery	Française	TB I	31 ans	Début quarantaine
Matthieu Bonin	Québécois	TB II	Mi vingtaine	Mi vingtaine
Hélène Gabert	Française	TB II	31 ans	Début quarantaine
Richard Langlois	Québécois	TB I	Mi trentaine	Mi cinquantaine
Yann Layma	Français	TB I	39 ans	+/- 50 ans
Agathe Lenoël	Française	TB II	19 ans	Mi/fin trentaine

Un premier coup d'œil confirme que nous avons atteint une parité au niveau du genre. Le récit de Matthieu Bonin, paru à l'hiver 2017, nous a permis d'atteindre cette parité de genre. Il nous a également permis d'ajouter un second récit traitant de l'expérience liée au trouble bipolaire de type II (hypomanie). Le critère temporel au niveau de la publication a également été atteint. Tous les récits ont été publiés entre 2012 et 2017. Il est toutefois important de souligner une particularité à ce niveau. Dans le cas du récit de Richard Langlois, il s'agit d'une réédition. Nous avons décidé qu'il était significatif que l'auteur ait décidé de publier à nouveau en 2016 un témoignage originellement publié en 2004. Cette nouvelle publication, de l'aveu de l'auteur même, vise à aligner son témoignage avec le discours contemporain sur la bipolarité

(Langlois, 2016 : 15). Ainsi, dans la publication de 2016, il n'est plus question de maniaque-dépression, mais bien de bipolarité. Cette modification reflète l'ancrage sociohistorique de l'entité diagnostique bipolaire abordée en problématique.

Bien que tous ces récits aient été publiés en français, les auteurs des récits sont de nationalités différentes. Matthieu Bonin et Richard Langlois sont Québécois. Tous les autres auteurs sont de nationalité française. Il nous aurait été impossible de former un corpus composé seulement de récits autobiographiques publiés au Québec qui aurait satisfait les critères de sélection mentionnés ci-haut. Malgré les différences que cette disparité au niveau de la nationalité des auteurs engendre dans certains aspects des récits sélectionnés³², il nous a semblé que le Québec et la France pouvaient être justement qualifiés de sociétés contemporaines au titre où nous l'entendons dans la présente recherche, c'est-à-dire en termes normatifs. En d'autres mots, nous considérons que le Québec et la France correspondent normativement à la configuration contemporaine de l'articulation individu-société abordée dans les chapitres précédents.

En dernier lieu, il est primordial de souligner que nous n'avons pas retenu la totalité du contenu textuel pour chacun des ouvrages. Les chapitres liminaires qui n'étaient pas écrits par les auteurs ou pas uniquement par eux ont été exclus ainsi que les chapitres dans lesquels les auteurs ne traitaient pas directement, au « je », de leur

³² Par exemple, il y a certaines différences au niveau de la prise en charge sociosanitaire des troubles bipolaires qui s'expliquent en partie par les différences au niveau des modèles d'organisation des soins psychiatriques ainsi que des modalités d'accès à ces soins. Nous avons également noté une différence quant à la terminologie utilisée pour faire le récit de l'expérience liée à la bipolarité. Les auteurs français vont, par exemple, faire référence à la « mélancolie » pour parler d'un épisode dépressif sévère alors que cette terminologie n'est pas utilisée par les auteurs québécois.

expérience personnelle avec la bipolarité³³. Par exemple, bien qu'il soit intéressant de noter que certains récits (Bonin, Layma et Lenoël) incluent une préface signée par un médecin-psychiatre, ce contenu textuel n'a pas été retenu aux fins d'analyse. Dans le cas du récit de Richard Langlois, nous avons exclu la seconde partie de la réédition de 2016 puisque celle-ci dépasse le registre de l'expérience et vise à informer et guider les lecteurs touchés de près ou de loin par la bipolarité.

Notre corpus totalise ainsi 967 pages de texte portant sur l'expérience des auteurs avec le diagnostic de bipolarité. Nous présentons les six récits à l'étude dans la première section du prochain chapitre qui porte sur nos résultats de recherche. Dans la section qui suit, nous présentons la méthode de traitement des données qui nous a permis d'obtenir ces résultats.

3.3 L'analyse du corpus

Dans cette section, nous abordons d'abord la méthode de traitement des données retenue pour analyser le contenu de notre corpus, soit une analyse thématique mixte, à la fois déductive et inductive. Puisque la portion déductive de notre méthode d'analyse a nécessité que nous procédions à l'opérationnalisation du diagnostic de bipolarité ainsi que des trois logiques d'action associées à la notion d'expérience sociale, nous présentons ensuite l'opérationnalisation retenue pour l'analyse du corpus.

³³ Nous avons fait une exception pour l'avant-propos des récits de Marie Alvery et d'Hélène Gabert qui est écrit à la première personne du pluriel. Ce « nous » combine les sujets respectifs, les « je », des deux auteures et traite de l'expérience des deux auteures avec la bipolarité. Bien que l'avant-propos soit écrit au « nous », nous tenons à réitérer que les deux récits qui sont présentés dans cette publication sont chacun écrit au « je ».

3.3.1 La méthode de traitement des données

Face à l'imposant corpus que nous avons constitué, l'analyse thématique était particulièrement appropriée car elle nous a obligée à procéder à une réduction des données (Paillé et Mucchielli, 2008 : 161). L'analyse thématique permet de réaliser une synthèse des propos contenus dans un corpus afin de répondre à une question de recherche spécifique (Paillé et Mucchielli, 2008 : 161). Cette réduction des données s'opère via une thématisation des données qui vise la transposition d'un corpus donné en un ensemble de thèmes représentatifs du contenu analysé et ce, de manière à répondre à l'objectif de la recherche en question (Paillé et Mucchielli, 2008 : 162). L'analyse thématique comporte des enjeux tels que le type de démarche de thématisation et, bien entendu, la détermination des thèmes pertinents. Dans notre cas, l'opérateur analytique sélectionné – l'expérience sociale – a orienté nos choix.

La méthode de traitement des données que nous avons utilisée est inspirée des travaux de Nault et Moreau (2014) sur la relation entre les troubles dépressifs et la société contemporaine. Nous avons utilisé la notion d'expérience sociale (Dubet, 1994, 2007) d'une manière semblable à celle dont Nault et Moreau (2014) utilisent la notion d'épreuve (Martuccelli, 2006, 2010). Le modèle de traitement des données en question est mixte, c'est-à-dire à la fois déductif et inductif³⁴. Notre modèle est déductif en ce qu'il repose d'abord sur une codification de notre corpus selon une série de thèmes prédéterminés. Nous cherchions en premier lieu à dégager la présence des logiques d'action de l'expérience sociale dans les récits du corpus en codant celui-ci selon une liste de thèmes issus de notre opérationnalisation des trois logiques

³⁴ Afin de coder leur corpus, Nault et Moreau (2014) ont procédé déductivement, c'est-à-dire à partir d'une série de thèmes correspondant aux quatre dimensions associées à la notion d'épreuve de Martuccelli (Nault et Moreau, 2014 : 14). À cette codification déductive, ils ajoutent une codification inductive afin de faire davantage place aux propos des participants (Nault et Moreau, 2014 : 15).

d'action. Nous présentons notre opérationnalisation des logiques d'action de l'expérience sociale dans la section suivante. Notre modèle est également inductif puisque nous avons par la suite procédé à la thématisation en continue des extraits s'insérant dans chacune des logiques d'action de l'expérience sociale pour chacun des récits de notre corpus. Cette portion inductive de notre thématisation visait à dégager l'inscription du diagnostic de bipolarité – son effet – dans chacune des logiques d'action.

Malgré l'imposant volume de données à traiter, nous avons préféré simplement avoir recours au support papier ainsi qu'au logiciel de traitement de texte Word pour traiter nos données. Nous avons procédé en trois étapes. En premier lieu, pour chaque récit de notre corpus, nous avons d'abord repéré tous les extraits significatifs. Un extrait était considéré significatif s'il 1) avait trait au diagnostic de bipolarité et 2) s'inscrivait dans une des trois logiques d'action de l'expérience sociale. Nous présentons la façon dont nous avons opérationnalisé le diagnostic de bipolarité et les logiques d'action de l'expérience sociale dans la section qui suit. Afin d'illustrer l'ampleur de la tâche, pour cette première étape, nous codions environ dix pages de récit pour une heure de travail. Pour chaque récit, nous avons retranscrit tous les extraits significatifs dans un document Word spécifique au récit en question. Nous avons ainsi créé six documents contenant tous les extraits significatifs, regroupés par logique d'action. En deuxième lieu, pour chacun de ces documents, nous avons codé de manière inductive, en continu, les thèmes qui émergeaient dans chacune des logiques d'action. Puis, en troisième lieu, de manière transversale, nous avons procédé à la documentation des thèmes qui émergeaient pour chacune des logiques d'action à travers les six récits à l'étude. Cette étape de documentation transversale des thèmes signifiait le repérage de récurrences et de divergences ainsi que l'évaluation du poids relatif des thèmes pour chacune des logiques d'action. Bien entendu, de manière empirique, nous avons effectué un certain va-et-vient entre ces

trois étapes. Par exemple, l'opérationnalisation des logiques d'action de l'expérience sociale s'est précisée au fur et à mesure du traitement des données, ce qui a nécessité une révision du traitement initial des premiers récits analysés afin d'assurer la congruence de l'analyse.

3.3.2 L'opérationnalisation

Dans cette section, nous abordons l'opérationnalisation du diagnostic de bipolarité ainsi que celle des trois registres d'action de l'expérience sociale – l'intégration, la stratégie et la subjectivation.

3.3.2 a) Le diagnostic de bipolarité

Dans la section précédente, nous avons expliqué que lors de la portion déductive de notre thématization, nous cherchions à distinguer tous les extraits significatifs des récits. Étaient significatifs tous les extraits qui se situaient dans l'une des trois logiques d'action de l'expérience sociale et traitaient de l'expérience de l'auteur liée au diagnostic de bipolarité. Cette manière de procéder signifie que nous avons dû opérationnaliser la notion de « diagnostic de bipolarité ». Nous avons choisi de ratisser large. Toutes les expressions renvoyant à un mal-être, une détresse, une souffrance ou encore à la maladie ou à la folie ont été considérées. Toutes les appellations en lien avec la bipolarité ont également été retenues : maladie bipolaire, trouble bipolaire, trouble affectif bipolaire, maniaque-dépression, psychose maniaque-dépressive et autres variations. Puis, toutes les expressions ayant trait aux syndromes reliés à la bipolarité ont été retenues, soit les épisodes maniaques, hypomaniaques et dépressifs, ainsi que les termes « épisodes » et « phases » sans qualificatif. Le contexte entourant tous ces termes et expressions déterminait ultimement si le terme ou l'expression en question renvoyait bien à l'expérience liée au diagnostic de

bipolarité. Il est aussi important de considérer que nous avons codé ces termes avant et après l'arrivée du diagnostic en tant que tel. Les extraits qui portaient sur l'expérience – de souffrance psychique ou de confusion, par exemple – antérieure au diagnostic nous ont aidée à déterminer l'effet du diagnostic de bipolarité sur le travail réalisé par l'individu – ici, l'auteur – dans chacun des registres d'action de l'expérience sociale.

3.3.2 b) Les logiques d'action de l'expérience sociale

Nous présentons ici le raisonnement qui sous-tend la façon dont nous avons opérationnalisé chacune des trois logiques d'action ainsi que les indicateurs que nous avons retenus pour chacune des logiques.

L'intégration

Nous avons choisi d'opérationnaliser le registre de l'intégration en termes d'appartenances et de connaissances. Ce choix s'appuie sur la conceptualisation de cette logique par Dubet (1994, 2007) ainsi que sur le rapprochement que nous avons effectué dans le chapitre précédent entre la logique d'intégration et les notions de socialisation primaire et secondaire de Berger et Luckmann (2012). Nous définissons ces deux notions comme suit :

- Appartenances : le réseau relationnel dans lequel l'individu est inscrit et investi, à un degré variable
 - Indicateurs : mentions du/de la/des : conjoint.e; parents; fratrie; ami.e.s; enfants; collègues; soignant.e.s;
- Connaissances : l'information que possède l'individu ou, encore, la « possession symbolique des choses » (Godin, 2004 : 242)

- Indicateurs : mentions de ce que l'individu connaît sur lui-même, sur son entourage, sur son environnement; mentions des connaissances qui résultent du parcours de scolarisation; etc.

La stratégie

Nous avons choisi d'opérationnaliser le registre de la stratégie en termes des objectifs visés face à la bipolarité – les intérêts – et des moyens déployés pour atteindre ces objectifs – les stratégies utilisées. Ce choix s'appuie sur une définition courante du terme stratégie, soit l'« art de coordonner des actions, de manœuvrer habilement pour atteindre un but » (Larousse, 2018a). Nous jugeons qu'il renvoie également de façon adéquate à la conceptualisation de ce registre présentée par Dubet (1994, 2007), soit, *grosso modo*, le registre dans lequel l'individu travaille au maintien et à la défense de ses intérêts sur l'échiquier social.

- Objectifs : ce qui est visé par l'auteur.e face au diagnostic de bipolarité
 - Indicateurs : mentions de ce que l'auteur veut, désire; formulations telles que « je voulais... »; « je souhaitais »; etc.
- Moyens : ce qui permet d'atteindre ces objectifs
 - Indicateurs : formulations telles que « à cette fin, j'ai décidé de »; « j'ai entrepris de »; etc.

La subjectivation

En continuité avec la discussion du registre de la subjectivation présentée dans notre cadre conceptuel, nous avons choisi d'associer la logique de la subjectivation à l'appropriation subjective de l'expérience et à la dimension réflexive de l'expérience.

Nous avons choisi de considérer les descriptions de l'expérience liée au diagnostic de bipolarité comme autant d'instances d'appropriation subjective de l'expérience. À notre sens, les descriptions de l'expérience représentent des manifestations d'un travail d'appropriation subjective de l'expérience dans la mesure où elles constituent autant de tentatives par les auteurs de circonscrire et de nommer une portion de leur expérience.

- Descriptions : tentatives de circonscrire et de nommer une portion de l'expérience liée au diagnostic de bipolarité
 - Indicateurs : les comparaisons ou analogies; les expressions telles que « x est comme... »; « x est semblable à... »; etc.

Les descriptions retenues devaient avoir trait au diagnostic de bipolarité, par exemple : les descriptions des symptômes (très nombreuses dans tous les récits); des traitements; des lieux de traitement; les descriptions de ses propres réactions face aux symptômes ou de celles de l'entourage; etc. Toute autre description était exclue, par exemple : description de l'apparence des proches; de trajets de voyage; descriptions de paysages; etc.

Pour ce qui est de la dimension réflexive de l'expérience, nous avons choisi de la chercher dans les opinions, réflexions et interrogations partagées par les auteurs au sujet du diagnostic de bipolarité. À notre sens, opinions, réflexions et interrogations constituent autant de manifestations d'un retour réflexif sur l'expérience nécessitant une distance subjective.

- Opinion : « Jugement, avis, sentiment qu'un individu [...] émet sur un sujet, des faits, ce qu'il en pense » (Larousse, 2018b)

- Indicateurs : formulations telles que « je crois ... » ; « je pense... » ;
« à mon sens, ... »
- Réflexion : « Pensée, considération, conclusion auxquelles conduit cette activité de l'esprit » (Larousse, 2018c)
 - Indicateurs : formulations telles que « avec le recul, je réalise... » ;
« maintenant, je vois que... » ; etc.
- Interrogation : « Action de s'interroger, de se poser des questions » (Larousse, 2018d)
 - Indicateurs : formulations telles que « Je me questionne sur... » ; « Je ne sais plus quoi penser de ... » ; etc.

Le tableau 3.2 présente les grandes lignes de notre opérationnalisation des logiques d'action de l'expérience sociale.

Tableau 3.2

Logiques d'action	Intégration	Stratégie	Subjectivation
Opérationnalisation	▪ Appartenances ▪ Connaissances	▪ Objectifs visés face à la bipolarité ▪ Moyens déployés	▪ Appropriation subjective (descriptions) ▪ Dimension réflexive (opinions, réflexions et interrogations)

Avant d'aborder les forces et limites de la présente étude, nous désirons attirer l'attention sur une dernière particularité de notre méthode de traitement des données qui a trait au matériau même de l'opérateur analytique sélectionné, l'expérience sociale.

Pour le rappeler, la notion d'expérience sociale renvoie au travail de l'individu contemporain qui, afin de construire son expérience, afin d'agir, doit procéder à la constante combinaison et hiérarchisation des logiques d'action identifiées. Comme l'explique Dubet (1994, 2007), l'expérience sociale est une combinatoire. Pour le répéter, bien qu'il ait été possible de distinguer les trois logiques d'action à des fins théoriques et méthodologiques, celles-ci se combinent – non sans tension – de manière empirique. De manière générale, nous avons été en mesure de situer les extraits significatifs des six récits à l'étude dans l'une des trois logiques d'action et nos résultats reflètent l'inscription du diagnostic de bipolarité dans chacune des trois logiques d'action. Toutefois, afin de tenir compte de l'effet « combinatoire » de la notion d'expérience sociale, pour chaque récit, nous avons noté les extraits qui semblaient se situer dans une combinaison de deux registres – intégration et stratégie, intégration et subjectivation ou stratégie et subjectivation – ainsi que ceux qui nous apparaissaient relever des trois logiques – intégration, stratégie et subjectivation à la fois. Nous abordons les combinaisons les plus saillantes dans la présentation de nos résultats.

3.4 Forces et limites de l'étude

Nous avons déjà souligné quelques limites de la présente étude. Nous avons d'emblée abordé la question de la représentativité de notre corpus face à la population visée. À cet effet, nous avons rappelé que nous nous intéressons à l'effet du diagnostic de bipolarité sur l'individu contemporain. Nous avons mentionné certaines limites ayant trait à notre corpus, notamment la part de l'édition dans la publication des récits à l'étude ou encore l'impossibilité d'y inclure des récits dans une langue autre que le français, compte tenu des ressources disponibles pour la réalisation de l'étude. Nous désirons également souligner la possibilité que d'autres récits qui correspondent aux critères de sélection énoncés dans la section 3.2.2 existent. Le corpus retenu est le

plus adéquat qu'il nous fut possible de constituer avec les ressources à notre disposition pour la présente recherche. L'étendue de la présente recherche ne nous a pas permis d'évaluer l'effet de la nationalité ou encore du genre des auteurs sur la question à l'étude. Il s'agit là de pistes intéressantes pour quiconque désirerait approfondir davantage la question abordée dans la présente étude. Dans un ordre d'idées semblable, nous n'avons détecté aucun marqueur de racisation dans les récits autobiographiques à l'étude. Dans un corpus assemblé à cette fin, il serait intéressant d'explorer l'intersection entre individuation contemporaine, racisation et bipolarité. En dernier lieu, nous avons pu observer, lors de notre travail d'analyse, la pertinence de mener une analyse sociolinguistique de notre corpus. Il s'agit encore une fois d'une piste intéressante pour quiconque désirerait approfondir l'analyse que nous avons réalisée. Nous croyons que la question abordée dans le cadre de la présente étude ouvre la porte à une multitude d'avenues pour des recherches connexes.

La force principale de la présente étude est de s'intéresser à l'intersection de la bipolarité et de l'individualité contemporaine, car il y a bel et bien intersection. Cette intersection se manifeste ici dans le récit de soi. Les récits autobiographiques à l'étude témoignent de la manière dont certains individus désignés comme étant bipolaires parviennent à s'ériger comme autant de figures de l'individualité contemporaine. Cette situation témoigne de l'apparition de la figure de l'inclus dans le champ de la santé mentale. Bien que nous soyons infiniment sensibles aux situations d'exclusion et de stigmatisation que le trouble bipolaire peut entraîner, l'extension de la désignation diagnostique bipolaire discutée en problématique, portée par la montée des modèles spectraux, suggère qu'il soit désormais également pertinent d'étudier la bipolarité – à l'instar de d'autres troubles mentaux – sous l'angle de l'inclusion.

CHAPITRE IV

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Dans le présent chapitre, nous procédons à la présentation des principaux résultats obtenus en lien avec notre objectif de recherche, soit explorer l'inscription du diagnostic de bipolarité dans les trois registres d'action qui composent l'expérience sociale de l'individu contemporain. Ces résultats émergent d'une analyse de contenu d'un corpus composé de six récits autobiographiques portant sur l'expérience des auteurs avec la bipolarité, analyse réalisée selon la méthode de traitement des données présentée dans le chapitre précédent. Dans la section principale du présent chapitre, nous introduisons les résultats les plus significatifs quant à l'inscription de la maladie bipolaire et, plus spécifiquement, du diagnostic de bipolarité dans les trois registres d'action – l'intégration, la stratégie et la subjectivation – qui composent l'expérience sociale des individus qui portent ce diagnostic. Nos résultats sont également synthétisés dans le tableau 4.1 présenté à la fin de ce chapitre.

Au niveau du registre de l'intégration, nous avons observé une modification des appartenances et des connaissances. Alors que les appartenances sont mobilisées et mises à l'épreuve par la maladie, le diagnostic de bipolarité marque le début d'un processus d'acquisition de connaissances sur la maladie. D'ailleurs, il appert que la modification des appartenances observées vienne en partie soutenir et rendre possible l'acquisition de connaissances suscitée par le diagnostic. Un rapport dynamique s'installe : la modification des appartenances suscite et soutient une modification des connaissances qui, à son tour, a une influence sur la configuration des appartenances.

Au niveau du registre de la stratégie, nous avons principalement observé des stratégies d'expressivité ainsi que des stratégies d'engagement déployées dans l'objectif ultime de « s'en sortir » et de « trouver un équilibre ». L'expressivité est modulée selon les circonstances et fait l'objet de choix stratégiques : parler ou ne pas parler. L'engagement, qu'il soit cognitif ou relationnel, se déploie quant à lui sur un continuum qui s'étend du retrait au militantisme « pour la cause ». Alors que nous avons décelé une inflation de la norme d'autonomie dans les stratégies d'engagement, l'écriture du récit représente en soi un engagement normatif en termes d'expressivité.

Au niveau du registre de la subjectivation, nous avons observé un travail d'appropriation subjective de la maladie qui, chemin faisant, dans le rapport à la maladie qui se développe, suscite un important travail réflexif. Dans ce registre, la situation de bipolarité – la présence de la maladie signifiée par le diagnostic – vient questionner le soi, l'identité, la réalité. Le diagnostic de bipolarité questionne le rapport à soi et au monde. Nous voyons toutefois une relation dynamique s'installer entre le travail d'appropriation subjective de la maladie et le travail réflexif que suscite le rapport à la maladie et son évolution.

Après avoir observé l'inscription du diagnostic de bipolarité dans chacun des registres de l'expérience sociale, nous dégageons une synthèse quant à l'inscription du diagnostic de bipolarité dans l'expérience sociale. En prenant en considération les résultats dégagés précédemment, nous avançons que le diagnostic de bipolarité suscite un travail dans chacun des registres d'action dont est composée l'expérience sociale. Nous avons observé un travail cognitif et relationnel dans le registre de l'intégration; un travail cognitif et relationnel ainsi qu'un travail expressif qui mobilise le registre narratif dans la logique stratégique; puis, un travail réflexif ainsi qu'un travail d'appropriation subjective dans le registre de la subjectivation. Malgré la souffrance qui peut lui être associée – ou est-ce grâce à celle-ci? –, le trouble

bipolaire représente un véritable travail pour les individus qui en sont atteints, un travail qu'ils semblent accomplir en conformité avec les règles associées à l'individualité contemporaine. Afin de mettre nos résultats en contexte, nous introduisons d'abord les six récits à l'étude et ajoutons quelques informations supplémentaires sur les auteurs.

4.1 Présentation des récits et des auteurs

Tous les auteurs des récits à l'étude ont reçu un diagnostic de bipolarité et tous les récits traitent de l'expérience de l'auteur.e avec la bipolarité. Pour la majorité, des années se sont écoulées depuis le diagnostic. En ce sens, plusieurs font référence à la fois à la manico-dépression et au trouble bipolaire. Certains thèmes sont récurrents : l'annonce du diagnostic; les traitements liés au diagnostic de bipolarité, notamment le traitement pharmacologique; l'enfance et l'adolescence des auteurs; l'expérience liée au rétablissement. Malgré de tels aspects communs, nous sommes en présence de six récits dont la singularité est le reflet de personnalités et de réalités différentes. Nous notons d'emblée l'ancrage de l'expérience liée à la bipolarité dans les parcours biographiques respectifs des auteurs.

- Marie Alvery et Hélène Gabert. (2013). *J'ai choisi la vie. Être bipolaire et s'en sortir.*

Marie Alvery et Hélène Gabert sont toutes deux Françaises. Le quatrième de couverture nous apprend que Marie est « éditrice à Paris » alors qu'Hélène est « coach sportif à Bruxelles » (Alvery et Gabert, 2013). Au cours de leurs récits respectifs, nous apprenons que toutes deux sont en couple et ont des enfants. Toutes deux reçoivent un diagnostic de bipolarité alors qu'elles ont 31 ans, pour Marie Alvery, suite à une troisième hospitalisation. Pour toutes les deux, il s'est écoulé

plusieurs années depuis le diagnostic – approximativement 10 ans. Les récits de Marie Alvery et d'Hélène Gabert présentent deux particularités.

La spécificité première de cette publication tient au choix des auteures de s'engager conjointement dans cette démarche et de combiner leurs récits respectifs – celui de Marie qui a un diagnostic de trouble bipolaire I et celui d'Hélène qui, elle, a un diagnostic de trouble bipolaire II. Toutes deux abordent tour à tour les mêmes sujets, soit des sujets qui sont abordés dans une majorité des récits à l'étude – l'annonce du diagnostic et le traitement pharmacologique, les premiers signes de la bipolarité et les premières crises, l'enfance, etc. Or, Alvery et Gabert traitent non seulement de leur enfance respective – d'ailleurs les relations familiales y sont abordées sous un angle quelque peu psychanalytique –, mais elles vont également chercher des traces du mal-être qui les habite, de leur bipolarité, dans l'héritage familial (Gabert) et les mythes familiaux (Alvery). Ainsi, la spécificité des témoignages de Marie Alvery et Hélène Gabert, hormis qu'ils soient conjoints, se situe aussi dans cette profondeur intergénérationnelle que les auteures ont toutes deux voulu donner à leur expérience de la bipolarité.

➤ Matthieu Bonin. (2017). *Péter sa coche. Journal d'une vie sauvée*.

Matthieu Bonin est Québécois. Il a été blogueur, humoriste, animateur télé et il jouit d'une visibilité importante sur les réseaux sociaux. De tous les auteurs des récits à l'étude, il est de loin le benjamin. Il reçoit un diagnostic de trouble bipolaire II – accompagné d'un trouble anxieux – alors qu'il a 26 ans. Il écrit son témoignage très peu de temps après. Dans son cas, le temps écoulé depuis le diagnostic est une affaire de mois, voire de semaines, et non d'années. Bonin propose un récit qui oscille entre le présent et le passé. Il explique à ses lecteurs qu'ils assisteront « en temps réel à chacune des phases de la bipolarité dont [il est] atteint » (Bonin, 2017 : 13), le tout

entrecoupé du récit de sa vie. La bipolarité devient une mesure qualitative de l'expérience pour Bonin qui découpe son récit au rythme de « [s]es trois phases circulaires de bipolarité, soit la dépression, le high et la phase normale » (Bonin, 2017 : 14). Bonin propose un récit écrit dans un langage parlé, parfois informel, bien de son temps, ponctué de phrases en caractères majuscules, qui évoque une prise de parole sur les réseaux sociaux ou le Web.

➤ Richard Langlois. (2016). *Le fragile équilibre*. [2004].

Richard Langlois est lui aussi Québécois. Le quatrième de couverture nous indique qu'il est « diplômé en récréologie, en enseignement au primaire et en théologie » (Langlois, 2016). Le contenu de son témoignage nous apprend qu'il a une conjointe ainsi qu'un fils issu d'une relation précédente. Il reçoit un diagnostic de bipolarité (type I) en 1996, à l'approche de ses 37 ans.

Le récit de Richard Langlois est une réédition d'un témoignage publié en 2004 qu'il explique avoir souhaité « actualiser » (Langlois, 2016 : 15). Comme il l'indique en introduction, cette réédition témoigne du cheminement accompli depuis la parution initiale de son témoignage : plusieurs conférences données ainsi qu'un emploi dans le domaine de la santé mentale depuis maintenant huit ans (Langlois, 2016 : 15). Dans cette réédition, les lecteurs ont droit à une seconde partie à teneur informative, qu'il écrit avec l'apport de collaborateurs, ce pourquoi nous avons exclue cette partie de notre corpus. Son témoignage, qui porte sur un « épisode abracadabrant de trouble bipolaire qui s'est déroulé au milieu des années 90 » (Langlois, 2016 : 15) et le processus de rétablissement qui s'en suit, demeure tel quel sauf pour certains

ajustements au niveau du vocabulaire utilisé³⁵ (Langlois, 2016 : 15). Quoique qu'il y insère ses réflexions et commentaires sur l'expérience liée à la bipolarité, le témoignage de Richard Langlois reste plutôt factuel. De manière générale, le récit de Langlois a davantage la teneur d'un guide pratique que d'une œuvre littéraire.

- Yann Layma. (2012). *J'ai dû chevaucher la tempête. Les tribulations d'un bipolaire.*

Yann Layma est Français, mais habite Pékin. Il est photographe de métier. Le quatrième de couverture de son récit le décrit comme « l'un des plus grands photographes de la Chine contemporaine. » Il reçoit un diagnostic de trouble bipolaire (type I) en 2001 alors qu'il a 39 ans.

Le témoignage de Yann Layma a la saveur d'un récit d'aventures. À travers les hauts et les bas associés à la bipolarité, les lecteurs suivent les péripéties d'« Indiana Yann » – surnom que lui attribue des amis et qu'il affectionne – en Chine et ailleurs. Layma offre un témoignage à son image et, donc, imagé. Son récit est ponctué de photographies, tirées de son œuvre, qui introduisent et illustrent le contenu de chaque chapitre. Notons que Yann Layma aborde non seulement sa propre expérience avec la maladie bipolaire, mais également celle de son grand ami, Pierre, lui aussi maniaco-dépressif et dont le parcours se termine tragiquement par un suicide.

- Agathe Lenoël. (2015). *Qui suis-je quand je ne suis pas moi? Une bipolaire témoigne.*

Agathe Lenoël est elle aussi Française. Le quatrième de couverture indique qu'elle est « rédactrice free-lance » (Lenoël, 2015). Le contenu de son récit nous apprend qu'elle

³⁵ Dans la réédition, il est question de trouble bipolaire et non plus de maniaco-dépression.

a fait des études supérieures en lettres modernes et qu'elle a un conjoint ainsi qu'une fille. Dans le premier chapitre de son récit, elle nous apprend avoir été diagnostiquée bipolaire de type I à 19 ans et, dans la présentation de son récit, elle précise qu'il s'est écoulé dix-huit ans depuis le moment du diagnostic (Lenoël, 2015 : 19), ce qui lui donne approximativement 37 ans. À travers son récit, Lenoël réfléchit, se questionne et répond en quelques sortes à la question qu'elle se pose en titre. Sa démarche l'amène à chercher des réponses dans divers textes et son récit est ainsi ponctué de références tantôt scientifiques, tantôt littéraires. Ce style témoigne de son parcours académique. Agathe Lenoël offre à ses lecteurs, non seulement un témoignage, mais aussi une réflexion appuyée sur l'expérience liée à la bipolarité. Son récit possède une « qualité littéraire »; il est apparent qu'écrire est son métier.

Malgré une expérience commune, liée à leur situation de bipolarité, les auteurs des six récits à l'étude présente des récits d'expérience singuliers, à leurs couleurs, individualisés à la saveur de leurs parcours biographiques respectifs. Face à la singularité des expériences partagées, nous portons maintenant notre regard vers les similitudes que nous avons pu y observer en ce qui a trait à l'inscription du diagnostic de bipolarité dans les différents registres d'action associés à l'expérience sociale.

4.2 L'inscription du diagnostic de bipolarité dans les registres de l'expérience sociale

Nous avons été en mesure d'observer l'inscription du diagnostic de bipolarité dans chacun des trois registres d'action qui composent l'expérience sociale. Pour le rappeler, l'expérience sociale est un travail (Dubet, 1994). La notion d'expérience sociale fait référence au travail de l'acteur – ici, l'acteur-*auteur* – qui construit son lien au système, au travail de l'individu qui construit son lien à la société. Conséquemment, nous avons identifié l'inscription du diagnostic de bipolarité dans

chacun des registres d'action en regardant le travail que vient susciter le diagnostic dans chacun de ces registres chez les auteurs des six récits à l'étude.

Nous désirons rappeler aux lecteurs que nous avons érigé les registres de l'expérience sociale en catégories heuristiques distinctes à des fins méthodologiques. Bien que cette distinction ait lieu d'être d'un point de vue théorique et méthodologique, nous désirons rappeler que l'expérience sociale représente toujours une combinaison de ces logiques qui entretiennent entre elles des rapports de complémentarité, mais aussi de tension. Nous proposons d'attirer l'attention sur ces rapports et croisements tels qu'ils se manifestent dans les résultats observés.

4.2.1 L'intégration

Au niveau de la logique de l'intégration, nous cherchions ainsi à distinguer l'inscription du diagnostic de bipolarité dans les appartenances et les connaissances des auteurs. Pour le rappeler, notre opérationnalisation de la logique d'intégration en termes d'appartenances et de connaissances s'appuie notamment sur les notions de socialisation primaire et secondaire de Berger et Luckmann (2012). Nous avons pu observer que la bipolarité suscite une modification des appartenances et des connaissances des auteurs. Plus encore, ces deux processus apparaissent être reliés, du moins en partie. L'acquisition de connaissances qu'entraîne le diagnostic semble s'appuyer sur la formation de nouvelles appartenances et ces mêmes appartenances semblent à leur tour faciliter l'acquisition de connaissances.

4.2.1 a) Modification des appartenances

D'emblée, nous avons été frappée par l'abondante place faite aux proches dans les témoignages à l'étude. Si la bipolarité, tout comme d'autres troubles de santé

mentale, peut être un facteur d'isolement social, les auteurs des six récits à l'étude ont été bien entourés et appuyés. Leurs proches, notamment leurs conjoints et conjointes, leurs parents et ami.e.s, sont non seulement les premiers témoins de la maladie, mais ils apportent un soutien important à la personne malade, soutien qui se transforme souvent en intervention lors des moments de crise. En ce sens, nous pouvons avancer que la bipolarité suscite une mobilisation des appartenances chez les personnes qui en sont atteintes. Toutefois, il est impératif de souligner que cette mobilisation peut être lourde de conséquences pour les personnes malades et leurs proches.

En effet, la mobilisation des appartenances autour de la maladie bipolaire constitue une véritable mise à l'épreuve de ces mêmes appartenances. Cette mise à l'épreuve se déploie notamment au niveau affectif. Si la place faite aux proches dans les témoignages à l'étude est notable, l'affectivité qui l'entoure l'est aussi. Les inquiétudes, les pleurs, l'incrédulité, le choc et la surprise ainsi que la peur et la colère accompagnent souvent les rapports avec les proches tels qu'ils évoluent autour de la maladie bipolaire. Plusieurs relations survivent à l'épreuve que constitue la maladie bipolaire qui suscite parfois même certains rapprochements. Toutefois, difficultés relationnelles, conflits et ruptures font aussi partie de l'expérience de tous les auteurs. Les relations professionnelles sont particulièrement touchées. Pour ce qui est des relations plus près de la sphère intime, si certaines relations perdurent, elles le font parfois dans le silence ou le déni de la maladie.

En 2002, mes amis avaient largement déserté et les rares que je voyais encore avaient du mal à accepter ma maladie, si bien que le même dialogue de sourds s'instaurait presque toujours :

- Voilà, j'ai une maladie...

- Mais non, t'es pas malade, t'es déprimé, c'est tout! Allez, arrête de dire des bêtises et fais donc du sport, ou bien fais du yoga et ça ira mieux...

(Layma, 2012 : 202)

En parlant de son milieu familial, Marie Alvery raconte, elle, que « [s]a maladie y est tue, cachée, honteuse » ne faisant l'objet d'aucun échange (Marie Alvery dans Alvery et Gabert, 2013 : 222).

Pour les personnes malades, les rapports avec leur proches, aussi bien intentionnés soient-ils, peuvent aussi s'avérer ardu. Malgré l'indulgence que certains auteurs prônent face à la maladresse de leurs proches, ceux-ci racontent tout de même des moments d'exaspération.

Je n'ai pas la force de devoir en plus gérer les autres qui, malgré eux, me nuisent en courant comme de vraies poules pas de têtes autour de moi afin de « m'aider ». (Bonin, 2017 :101)

La conflictualité se déploie ainsi dans les deux directions entre les individus malades et leurs proches.

Face à l'adversité que suscite la maladie au niveau des appartenances, il apparaît plus juste de parler d'une modification des celles-ci. Résumer l'inscription de la maladie bipolaire – signifiée par le diagnostic de bipolarité – au niveau des appartenances en termes de « modification » nous permet également de rendre compte de la formation de nouvelles appartenances qui accompagne, de près ou de loin, le diagnostic de bipolarité.

Si le diagnostic de bipolarité entraîne une officialisation du rôle de soutien des proches – les soignants en faisant souvent la suggestion ou la demande –, le diagnostic amène aussi des occasions de créer de nouveaux liens, notamment à travers les diverses modalités de traitement suggérées. Les séjours en milieu hospitalier, bien qu'ils puissent avoir été vécus dans l'adversité, voire l'hostilité,

représentent tout de même un lieu de socialisation entre « bipolaires ». Marie Alvery, qui compare l'environnement hospitalier à un « sas démoniaque » (Alvery et Gabert, 2013 : 141), parle tout de même de ses « copines d'hôpital » (Alvery et Gabert, 2013 : 146). Richard Langlois parle, lui, de ses « blondes d'hôpital » (Langlois, 2016 : 132). Si de telles relations peuvent être plus éphémères, certaines deviennent de véritables amitiés. Les divers organismes qui offrent un soutien aux personnes aux prises avec la maladie bipolaire, incluant ceux dont la présence est virtuelle, constituent autant de milieux de rencontre et d'affiliation. Hélène Gabert fait ainsi référence à ses « “bipotes” rencontrés » dans des « groupes de parole ou sur les réseaux sociaux » (Alvery et Gabert 2013 : 226-227). Marie Alvery, sa co-auteure, est d'ailleurs l'une d'entre elles. Comme nous allons le voir, ces nouvelles appartenances entretiennent un certain rapport de réciprocité avec les connaissances qui sont acquises suite au diagnostic de bipolarité.

4.2.1 b) Acquisition de connaissances

Bien que nous ayons observé une certaine inscription des manifestations de la bipolarité dans les connaissances existantes des auteurs³⁶ ainsi qu'une certaine mobilisation de ces mêmes connaissances autour du diagnostic de bipolarité³⁷, c'est l'acquisition de connaissances qui suit le diagnostic de bipolarité qui retient surtout notre attention.

³⁶ Par exemple, Richard Langlois, qui, lors d'un épisode psychotique, croit être le Messie de l'an 2000, attire l'attention de ses lecteurs sur la manière dont les éléments de sa psychose sont tributaires de son éducation judéo-chrétienne (Langlois, 2016 : 75).

³⁷ Par exemple, Agathe Lenoël (2015) puise à plusieurs reprises dans ses connaissances littéraires afin de décrire et donner sens à son expérience de la bipolarité.

Pour la majorité des auteurs, l'annonce du diagnostic de bipolarité marque le début d'une cueillette d'information sur la maladie et, ce, peu importe la tonalité affective avec laquelle les auteurs accueillent – ou rejettent – le diagnostic. Car si l'annonce du diagnostic de bipolarité vient mettre un nom sur la souffrance vécue, la plupart des auteurs en connaissent peu sur la bipolarité au moment du diagnostic.

Le docteur X avait alors fait un petit geste de la main :

- Je vous arrête tout de suite. Je dois vous dire que vous êtes bipolaire. C'était bien la première fois que j'entendais ce terme. Devant mon air dubitatif, il avait ajouté :
 - Oui, en fait, c'est ce qu'on appelait avant maniaco-dépressif...
- Ce terme-là, je l'avais déjà entendu, mais il n'évoquait pas grand-chose de précis pour moi. (Layma, 2012 : 137)

Après tout, qu'est-ce que je connaissais du trouble bipolaire (anciennement classifié « psychose maniaco-dépressive ») défini comme un trouble de l'humeur oscillant entre des périodes de mélancolie [dépression] et des périodes d'excitation? Je connaissais le terme mélancolie. Les déprimés et dépressions avaient jalonné mon adolescence et ma vie d'adulte. Le terme de trouble bipolaire ne me disait pas grand-chose. « Maniaco-dépression » était déjà un peu plus signifiant dans ma tête. Mais de façon erronée. (Hélène Gabert dans Alvery et Gabert, 2013 : 103)

Il y a donc un besoin d'information suite au diagnostic et, dans les récits à l'étude, tous iront, tôt ou tard, chercher cette information, c'est-à-dire acquérir des connaissances sur la maladie bipolaire. Dans le cas de Yann Layma, l'acquisition de connaissances sur la maladie deviendra même la modalité de traitement privilégiée par son équipe soignante (Layma, 2012 : 147).

Au minimum, tous les auteurs incluent certains éléments d'information sur la bipolarité dans leur récit ce qui présuppose une acquisition de connaissances, que ce soit sur la maladie bipolaire elle-même, les traitements appropriés ou, encore, les

personnes qui en ont souffert et comment, eux, ont vécu cette expérience. Par exemple, presque tous, à l'exception de Matthieu Bonin, aborde le changement de terminologie de maniaque-dépression ou psychose maniaque-dépressive vers trouble bipolaire ou maladie bipolaire³⁸. Plusieurs font référence à Kay Redfield Jamison, psychiatre américaine et professeure de psychiatrie, elle-même atteinte du trouble bipolaire, qui a publié son témoignage au milieu des années 90³⁹. Ainsi, que cela se fasse dans le rejet ou l'acceptation de la maladie, nous observons que l'annonce du diagnostic de bipolarité enclenche un processus d'acquisition de connaissances, quelles soient scientifiques ou expérientielles.

D'ailleurs, Yann Layma aborde à plusieurs reprises la question des savoirs expérientiels sur la bipolarité et le sentiment de communauté qui peut se développer entre « bipolaires ». Dans le chapitre où Layma aborde le lien entre créativité et bipolarité, il parle du réconfort que lui apporte le fait de se savoir partie d'un « club » de personnages illustres.

Et en effet, il suffit de faire une recherche sur Internet des « bipolaires célèbres » pour trouver une liste à faire tourner la tête de grands noms qui, selon les experts, ont très probablement souffert de maniaque-dépression. On y trouve des poètes comme Charles Baudelaire et Edgar Poe, des romanciers du calibre de Victor Hugo, Honoré de Balzac, Ernest Hemingway et Virginia Woolf, des musiciens aussi talentueux que

³⁸ Comme nous l'avons mentionné préalablement, Richard Langlois va jusqu'à modifier son témoignage original pour y inclure la terminologie actuelle. L'édition originale de 2004 s'intitule *Le fragile équilibre : témoignage et réflexions sur la maniaque-dépression et sur la santé mentale*. Il explique ainsi la distinction entre l'édition actuelle et celle de 2004 : « [...] je ne saurais changer le témoignage qui se trouve dans cet ouvrage malgré quelques éléments de langage que je ferai évoluer (des mots ou des expressions que j'utilisais en 2004 mais qui prennent une autre forme en 2015) » (Langlois, 2016 : 15).

³⁹ Kay Redfield Jamison. (1995). *An unquiet mind. A memoir of moods and madness*. New York : Vintage Books. La traduction française, *De l'exaltation à la dépression : confession d'une psychiatre maniaque-dépressive*, est parue en 2000 (Paris : Laffont).

Mozart, Berlioz, Beethoven ou Jim Morrison, d'immenses peintres comme Michel-Ange et Van Gogh, sans oublier des hommes d'État aussi marquants qu'Alexandre le Grand, Napoléon, Abraham Lincoln et Winston Churchill. [...] Le livre *Touched with Fire* [de Kay Redfield Jamison], que j'ai lu vers 2003, m'a beaucoup aidé à comprendre certaines de mes réactions, sans compter le réconfort moral que pouvait m'apporter le fait de faire partie d'un club qui compte autant de personnages illustres! (Layma, 2012 : 118)

Dans le registre de l'intégration, nous avons ainsi observé un croisement entre l'acquisition de connaissances sur la bipolarité suite au diagnostic et la formation de nouvelles appartenances qui va, pour certains, jusqu'au développement d'un sentiment d'appartenance à une certaine « communauté de bipolaires », réelle ou imaginée. Tout cela n'est toutefois pas sans conséquence sur les appartenances antérieures au diagnostic.

4.2.2 La stratégie

Nous avons associé le registre de la stratégie aux objectifs visés face à la bipolarité ainsi qu'aux moyens déployés pour atteindre ces objectifs. Nous introduisons tout d'abord ce que les récits ont révélé en termes d'objectifs visés – « s'en sortir » et « trouver un équilibre » – et nous regardons par la suite les stratégies déployées à ces fins. Nous avons dégagé deux catégories de stratégie : les stratégies d'engagement et les stratégies d'expressivité. Les stratégies d'engagement observées témoignent d'un engagement à la fois cognitif et relationnel, souvent déployé dans une logique de combativité. De plus, l'engagement envers la maladie bipolaire semble se plier à des exigences d'autonomie et de responsabilité de soi. Si les auteurs cherchent à « s'en sortir », il apparaît qu'ils doivent aussi « s'en sortir » eux-mêmes. D'une manière semblable, du côté des stratégies d'expressivité, l'écriture du récit se dessine, elle, comme une ultime de prise de parole. Par le fait même, elle représente un

engagement envers la normativité expressive associée à l'individualité contemporaine (Martuccelli, 2002).

4.2.2 a) Les objectifs visés : « s'en sortir » et « trouver un équilibre »

Face à la maladie bipolaire, l'objectif ultime visé par les auteurs des récits à l'étude est celui de « s'en sortir ». Cette expression figure d'ailleurs dans le titre du récit d'Alvery et Gabert (2013), *J'ai choisi la vie. Être bipolaire et s'en sortir*. L'objectif de « s'en sortir » est déjà présent avant l'arrivée du diagnostic, avant que la souffrance ne soit désignée comme relevant de la bipolarité. À ce stade, diverses demandes d'aide sont faites par les auteurs qui désirent « s'en sortir ». En ce sens, le diagnostic de bipolarité semble être tributaire d'une combinaison de cette volonté de « s'en sortir » et de circonstances propices à la réception de la demande d'aide à l'endroit et au moment approprié.

Suite au diagnostic de bipolarité, l'objectif de « s'en sortir » se décline plus spécifiquement en terme d'une recherche d'« équilibre » qui vient représenter l'objectif de rétablissement. Hélène Gabert termine le chapitre qu'elle intitule « Une guérison intérieure » comme suit :

J'espère avoir trouvé les mots justes pour apporter courage et espoir aux lecteurs, les encourager à trouver les ressources nécessaires pour construire leur équilibre de vie.

Cet équilibre délicat me permet d'apprécier chaque jour la vie que j'ai choisie. (Hélène Gabert dans Alvery et Gabert, 2013 : 229)

La fragilité de l'équilibre possible face à la maladie bipolaire revient à maintes reprises dans les propos des auteurs. Il s'agit d'ailleurs du titre que Richard Langlois

donne à son récit, *Le fragile équilibre*. Dans ce qui suit, nous regardons les stratégies déployées afin de « s'en sortir » et de « trouver un équilibre ».

4.2.2 b) Les stratégies déployées : l'engagement

Nous utilisons le terme « engagement » pour rendre compte d'un continuum de stratégies déployées face à la maladie bipolaire et au diagnostic de bipolarité. Nous définissons l'« engagement » comme *un déploiement d'efforts pour le maintien d'un lien*. Dans le présent contexte, l'objet du lien est la bipolarité. Les stratégies d'engagement observées se situent sur un continuum en termes d'ardeur déployée dans le maintien de ce lien incluant, à un extrême, le refus du diagnostic et, à l'autre extrême, le militantisme pour la « cause » de la bipolarité.

Je refuserai toujours de m'intéresser médicalement à ma maladie, ce que les médecins appellent peut-être le « déni » de la maladie. Pour ma part, à ce moment de mon existence, je considère mon attitude comme un réflexe de bonne santé mentale. Je veux me ranger du côté de la normalité. C'est le pacte que j'ai fait avec moi-même. Et puisque j'ai la chance de vivre avec une maladie qui ne se voit pas, alors je profiterai de sa transparence pour la cacher au fond du sac. (Marie Alvery dans Alvery et Gabert, 2013 : 108)

En dehors de la transmission de la connaissance, après avoir suivi les conférences, je m'étais senti le besoin, presque le devoir, d'aller plus loin, d'agir concrètement, de défendre une cause. J'avais choisi celle de l'association Argos 2001, qui est de militer pour que la maladie bipolaire soit mieux connue et pour qu'une entraide s'instaure entre les maniaco-dépressifs. (Layma, 2012 : 203-204)

De plus, l'engagement face à la maladie fluctue dans le temps, ne serait-ce que par la nature épisodique de la maladie bipolaire. Tous font part de moments de doute, de

découragement, de retrait lors desquels ils pensent laisser tomber, se retirer, en finir. Presque tous racontent avoir eu des idées suicidaires contre lesquelles ils ont lutté.

Ainsi, l'engagement est d'abord déployé par les auteurs des récits à l'étude en termes de combativité. D'emblée, nous avons noté l'utilisation de la métaphore du combat, de la lutte, dans tous les récits à l'étude. Ce combat mené dans l'objectif de « s'en sortir » débute face à une souffrance, se poursuit face à la maladie et, ce, jusqu'à l'atteinte du « fragile équilibre » visé qui doit alors, lui aussi, être maintenu au prix d'efforts certains.

Nos chemins de vie singuliers nous ont conduites à accepter la maladie, à suivre des traitements et des thérapies, à mettre en place des stratégies au quotidien pour vivre dans un monde qui ignore parfois les incidences du trouble bipolaire. Tantôt tabou, tantôt galvaudé, celui-ci reste une maladie grave. Aujourd'hui, nous en connaissons les dangers et nous sommes mieux armées pour l'affronter. C'est un combat de tous les jours, adouci par des moments simples, joyeux et beaux. (Marie Alvery et Hélène Gabert dans Alvery et Gabert, 2013 :10)

Cet extrait illustre d'ailleurs l'apport de l'acquisition de connaissances dans la lutte à mener contre la maladie, l'importance d'en « connaître les dangers ». Il s'agit alors de s'engager cognitivement.

Pour plusieurs, connaître la maladie apparaît comme une stratégie essentielle pour « s'en sortir ». Dans le registre stratégique, la maladie devient parfois une adversaire, voire une ennemie, qu'on se doit d'appivoiser, de « transformer en alliée ».

Il faut voir venir les erreurs potentielles, même si elles se présentent sous forme d'opportunités, afin de les éviter. Nous devons savoir en permanence quelle phase nous avons atteinte afin de contrôler nos envies d'acheter la planète ou de s'enlever la vie. C'est un peu comme si nous

étions constamment en guerre contre nous-mêmes. Heureusement nous connaissons très bien l'ennemie ou du moins nous essayons de l'amadouer. Tout ce que nous avons à faire, c'est de transformer cette ennemie en alliée. (Bonin, 2017 : 174)

D'une manière semblable, Hélène Gabert parle de la nécessité « d'apprivoiser » et « prendre à bras-le-corps » son « dérèglement de l'humeur » (Alvery et Gabert, 2013 : 220). Même Marie Alvery qui raconte avoir d'abord lutté en tournant « délibérément [...] [s]a vie hors de la sphère "bipolaire" » (Alvery et Gabert, 2013 : 221), partage son cheminement éventuel vers l'acceptation de la maladie.

Ainsi, si la lutte est engagée avant le diagnostic, le diagnostic permet d'apprendre à connaître son adversaire, en l'occurrence la maladie bipolaire, à l'apprivoiser, à l'amadouer, et, éventuellement, à l'accepter. Pour Hélène Gabert, l'acceptation est la clé du rétablissement, « [c]ar sans acceptation, il n'y a point de salut » (Alvery et Gabert, 2013 : 220). Il faudrait ainsi s'engager, maintenir un lien avec la maladie, jusqu'à ce qu'on accepte sa présence.

L'acquisition de connaissances observée au niveau du registre de l'intégration trouve ainsi un écho dans le registre de la stratégie en termes d'engagement cognitif. Les auteurs se posent des questions, s'informent, se renseignent afin de « s'en sortir ». Parfois, cette stratégie leur est imposée.

[...], ils [les médecins-psychiatres rencontrés lors d'une hospitalisation] me proposaient un marché : soit je me plongeais dans « la connaissance de la maladie » et je suivais régulièrement le traitement qu'ils allaient me prescrire, auquel cas je « pouvais m'en sortir »; soit je refusais de me prendre en main et j'avais « de fortes chances de passer tout le reste de ma vie en hôpital psychiatrique ». (Layma, 2012 : 147)

À l'engagement cognitif qui suit le diagnostic vient se jumeler un engagement relationnel.

Dans l'objectif de « s'en sortir » et de « trouver un équilibre », les auteurs des six récits à l'étude acceptent tous de s'engager dans diverses modalités de traitement. Toutes ces modalités impliquent un cadre relationnel. Si l'on pense facilement à la relation thérapeutique, même le traitement psychopharmacologique implique une relation minimale avec le ou la spécialiste qui le prescrit. L'acceptation du traitement ainsi que l'adhérence à celui-ci nécessitent un engagement relationnel, voire affectif, en termes de confiance.

Le seul inconvénient avec cette méthode [l'auteur fait référence à l'augmentation graduelle des doses de médication], c'est que je dois avoir une confiance quasi aveugle envers le Seroquel [la médication en question]. [...] De plus, je dois avoir une confiance indéfectible envers mon médecin et je l'ai, [...].

[...]

Malheureusement, je n'ai pas le luxe de commencer à jouer au médecin et encore moins de pouvoir douter de ces derniers. Leur mission est de me remettre sur pied et si mon médecin juge que c'est la meilleure façon d'y arriver, je plonge avec lui les yeux fermés. Je ne passerai certainement pas le reste de mes jours dans cet état. *NO FUCKING WAY!* (Bonin, 2017 : 104-105)

Il y a à mon sens deux étapes indispensables dans la maladie : l'acceptation de la maladie et la confiance en le thérapeute. (Lenoël, 2015 : 104)

Tout comme un certain engagement relationnel avec les soignants doit être maintenu afin de « s'en sortir » et « trouver un équilibre », les relations avec les « bipotes », pour reprendre le terme d'Hélène Gabert (2013 : 226), semblent également

entretenues dans l'espoir que celles-ci pourront constituer un filet de secours advenant que le « fragile équilibre » atteint soit perturbé.

Je continue de garder les liens avec le Centre L'Équilibre où je vais prendre occasionnellement un café. J'y rencontre toujours des personnes merveilleuses, avec lesquelles je partage les hauts et les bas de nos vécus personnels. J'aime toujours ce contact précieux avec d'autres personnes à la vie si riche. S'il m'arrivait un jour de rechuter, je sais que j'y trouverai des gens aidants qui pourront m'écouter. (Langlois, 2016 : 133)

Ici, la formation de nouvelles appartenances suite au diagnostic, observée au niveau du registre de l'intégration, trouve elle aussi écho au niveau du registre de la stratégie en termes d'engagement relationnel afin de « s'en sortir » et, éventuellement, maintenir l'équilibre recherché.

Nous avons observé des stratégies d'engagement au niveau relationnel et cognitif déployées dans une logique de combativité dans l'objectif de « s'en sortir » et de « trouver un équilibre ». Certains propos révèlent que cet engagement se fait également dans un souci d'autonomie, de responsabilité et de gestion de soi. Il appert qu'il faille « mettre la main à la pâte » afin de « s'aider soi-même à s'en sortir », chacun étant « responsable de son mal-être. »

J'ai aussi l'intention de travailler en amont de cette prise de médication. Je vais surveiller mon alimentation, faire du sport et essayer d'avoir un mode de vie plus équilibré. [...] Si je veux réellement m'aider, je dois moi aussi mettre la main à la pâte. (Bonin, 2017 :105)

Or la « psychoéducation », le fait d'apprendre à connaître sa propre maladie pour mieux l'autogérer, est à ce point essentiel dans un trouble mental tel que la maniaque-dépression qu'on en vient à dire aujourd'hui que l'information prime sur le traitement lui-même. (Layma, 2012 : 205)

Pour moi, la guérison devait passer par la psychoéducation, je pouvais m'aider moi-même à m'en sortir. (Layma, 2012 : 207)

[...] chacun est responsable d'apprivoiser son mal-être pour y trouver un sens et ultimement, pour vivre un rétablissement concluant. (Langlois, 2016 : 18)

Ainsi, s'il faut « s'en sortir », il appert qu'il faille également « s'en sortir soi-même ». La présence d'indices associés à la normativité contemporaine est aussi visible au niveau des stratégies d'expressivité. Si publier un récit autobiographique représente le choix ultime de la prise de parole, il s'agit aussi d'un engagement normatif.

4.2.2 c) Les stratégies déployées : l'expressivité

Afin de « s'en sortir », de « trouver un équilibre », les auteurs déploient également ce que nous avons regroupé sous la désignation de stratégies d'expressivité. Par « expressivité », nous faisons référence au processus d'élaboration des actes expressifs⁴⁰. Par « stratégies d'expressivité », nous entendons les actes expressifs déployés à des fins stratégiques, pour atteindre l'objectif de « s'en sortir » et de « trouver un équilibre ». L'objet des manifestations expressives qui nous intéressent est, bien entendu, la souffrance liée à la bipolarité ainsi que la situation de bipolarité en soi, lorsqu'elle devient connue, suite au diagnostic. Le principal choix stratégique auquel font face les auteurs se résume à celui de parler ou non, de dévoiler la maladie ou non.

⁴⁰ Nous appuyons notre définition de l'expressivité sur la distinction action-activité proposée par Dujarier (2016).

Avant l'annonce du diagnostic, les auteurs déploient parfois leur expressivité face à un mal-être qui est encore sans nom. Certains choisissent de partager, de se confier, notamment à leurs proches, malgré le sentiment qu'ils ne connaissent pas et ne comprennent pas la souffrance qui les occupe.

J'étais incapable de communiquer ce que je vivais, car je l'ignorais moi-même.

[...], j'ai écrit ce message que j'ai envoyé à ma mère et mon père :

Salut.

Je vous écris pour m'excuser. Je le sais que je ne suis pas facile à vivre. Et j'en suis désolé. Si vous saviez à quel point c'est difficile pour moi en ce moment. Chaque jour est une surprise. Je ne sais jamais comment je vais être. Heureux? Triste? Fâché? Ce n'est jamais la même chose et j'ignore moi-même pourquoi. C'est tout simplement hors de mon contrôle. Ce n'est plus moi qui suis aux commandes de ma propre tête, vous comprenez?

Donc, je ne parle pas beaucoup dans ces moments-là parce que je ne sais pas quoi dire. Je ne me comprends pas moi-même, alors comment je pourrais l'expliquer à quelqu'un? [...] (Bonin, 2017 : 95-96)

Il y a ainsi une difficulté d'exprimer ce qui n'est pas compris initialement, ce qui laisse tout de même la possibilité d'exprimer cette difficulté.

Puis, suite au diagnostic, les auteurs font face au choix de dévoiler ou non la situation de bipolarité, un dévoilement qui peut être lourd de conséquences étant donné le tabou qui entoure la bipolarité. Agathe Lenoël y voit un véritable « *coming out* » (Lenoël, 2015 : 170). Plusieurs vivent le dévoilement en milieu professionnel comme un pensez-y bien. Plusieurs auront vécu des pertes d'emploi reliées à la maladie, d'autres changeront finalement d'orientation professionnelle. Comme nous l'avons vu dans la section précédente, la bipolarité vient souvent éprouver les appartenances professionnelles. Dans la mesure où la poursuite de relations professionnelles est synonyme de rétablissement, d'« équilibre », plusieurs auteurs sont face à ce choix

stratégique : dévoiler ou non la situation de bipolarité. Pour effectuer un retour à l'emploi, Richard Langlois raconte, lui, avoir choisi une stratégie de dévoilement partiel : il explique une absence du travail pour une période prolongée par un épisode dépressif, mais choisit de taire la psychose et la manie (Richard Langlois, 2016 : 128).

Malgré ce tabou, pour certains, parler de leur situation de bipolarité devient une nécessité, voire une mission.

Pour moi, cependant, le fait de communiquer ou non sur ma maladie était vite devenu un point essentiel. Car les conférences de l'hôpital Sainte-Anne m'avaient autant passionné que mis en colère. [...] Après mûre réflexion et avec les encouragements du docteur X, j'avais aussi pris le parti d'en parler, à qui voulait bien l'entendre. (Layma, 2012 : 202)

Pendant des années, la conviction que cette maladie n'était pas une honte me prédisposait à l'afficher. J'espérais changer les mentalités sur la maladie mentale, je me sentais même investie d'une mission. (Lenoël, 2015 : 170)

Parfois, la bipolarité a d'abord été un tabou pour les auteurs eux-mêmes. Écrire nécessite alors de transcender ce tabou, cette autocensure.

Décrire cette expérience de vie constitue un exercice bien particulier et partager ce que l'on considère, pendant un certain temps, comme un secret inviolable demande une bonne dose de courage. (Langlois, 2016 : 16)

Face au dilemme du dévoilement – parler ou non –, la publication du récit représente, elle, une ultime prise de parole.

Si nous avons décelé une inflation de la normativité contemporaine en termes d'autonomie, de responsabilité et de gestion de soi dans les stratégies d'engagement, l'engagement expressif, pour ainsi dire, des auteurs des récits à l'étude apparaît également comme un engagement normatif. Tous se sont pliés à la normativité expressive contemporaine (Martuccelli, 2002). Toutefois, hormis la normativité de ce choix, il appert qu'écrire représente aussi une stratégie déployée face à la maladie.

Si plusieurs ont voulu briser le tabou associé à la bipolarité et aider d'autres personnes atteintes par cette maladie à « s'en sortir », pour certains, écrire s'inscrit dans une logique de combativité. L'écriture du récit devient alors une manière de lutter pour « s'en sortir » ou, encore, l'aboutissement du combat mené jusque-là.

[...] il [ce formidable projet de livre] m'avait aidé à tenir et à donner le meilleur de moi-même [...]. Chaque fois que je sentais le découragement m'envahir devant le manque d'efficacité des régulateurs [d'humeur] et la montée des spasmes [effets secondaires de son traitement pharmacologique], je me prenais à dire : « Je dois terminer ce livre, coûte que coûte, je n'ai pas le droit de mourir avant! » (Layma, 2012 : 23-24)

Même dans les phases les plus noires, je continuais d'écrire encore et toujours. En quelque sorte, c'est ce livre qui m'a sauvé la vie. (Bonin, 2017 : 180)

Ce livre signe le chemin d'une guérison intérieure [...]. (Hélène Gabert dans Alvery et Gabert, 2013 : 228)

Puis, pour d'autres encore, le pari d'écrire représente une manière d'appriivoiser la maladie ou encore leur histoire.

Il a fallu l'écriture de ce livre pour que je m'intéresse de plus près à ma maladie, à ses symptômes, à son origine, aux témoignages qui en sont

faits. Je reste à distance, mais j'ai l'impression d'avoir gagné en sensibilité et en analyse de la situation. (Marie Alvery dans Alvery et Gabert, 2013 : 222)

C'est une quête identitaire que j'ai engagée là. J'ai décidé d'aller sonder ce « moi » qui, de prime abord, m'apparaissait être étranger à moi-même. Le livre est venu corriger cette vision. (Lenoël, 2015 : 21)

Ainsi, écrire semble permettre de « trouver un équilibre » en entraînant un travail à la fois cognitif et réflexif, de connaissance de la maladie, mais aussi de connaissance de soi. Ultimement, écrire représente peut-être une façon de « s'en sortir » au sens littéral, c'est-à-dire une façon de sortir le soi de la maladie ou, du moins, de situer le soi face à la maladie.

Comme Olivier Sacks [neurologue dont l'auteure cite à quelques reprises l'ouvrage *L'Homme qui prenait sa femme pour un chapeau* publié en 1992], je sens qu'il y a le risque de s'identifier à la maladie, aussi, je suis sur le qui-vive. Cette « collusion » dont il parle n'a pas eu lieu pour moi, mais au prix d'efforts certains. Ce livre en fait partie. (Lenoël, 2015 : 46)

Nous abordons la question du rapport à la maladie dans la section suivante qui traite du registre de la subjectivation.

Pour résumer, dans le registre de la stratégie, nous avons observé le déploiement de stratégies d'engagement et d'expressivité dans l'objectif de « s'en sortir » et de « trouver un équilibre ». Dans le combat que mènent les auteurs contre une souffrance qui, suite au diagnostic de bipolarité, se révèle maladie, le premier engagement est celui que représente cette lutte en soi. Puis, à travers des engagements à la fois cognitifs et relationnels, tout en modulant stratégiquement les manifestations de leur expressivité, les auteurs transforment progressivement l'ennemi en alliée. Ce travail de transformation en est aussi un d'appropriation.

4.2.3 La subjectivation

Nous avons associé le registre de la subjectivation à l'appropriation subjective de l'expérience, soit le registre dans lequel l'acteur-auteur s'approprie une expérience comme *sa propre* expérience, ainsi qu'à la dimension réflexive de l'expérience, soit les manifestations d'un processus réflexif portant sur telle ou telle dimension de l'expérience. Nous avons défini la subjectivation comme le travail d'appropriation subjective de l'expérience réalisé par l'acteur-auteur à partir de la distance à l'expérience que lui permet sa réflexivité. Le travail de subjectivation représente le fruit de ce double mouvement de distanciation réflexive et d'appropriation subjective.

Le travail de subjectivation concernant la bipolarité commence au moment du diagnostic. Si l'on peut considérer que la souffrance, avant qu'elle soit attribuée à la bipolarité, puisse susciter un travail réflexif, l'appropriation de l'expérience liée à la bipolarité ne peut, elle, qu'avoir lieu suite au diagnostic qui vient révéler la situation de bipolarité. Le diagnostic de bipolarité marque le début d'un travail d'appropriation subjective. Il marque également l'émergence d'un rapport à la maladie qui fluctue dans le temps. Pour la majorité des auteurs, la situation de bipolarité – la présence de la maladie – vient questionner leur rapport à soi ainsi que, pour certains, leur rapport au monde. Le diagnostic de bipolarité provoque alors un travail réflexif. La réflexivité déployée peut, à son tour, donner lieu à une appropriation subjective de la maladie. Une relation dynamique apparaît ainsi entre l'activité réflexive qui suit le diagnostic et l'appropriation subjective de la bipolarité et de l'expérience reliée.

4.2.3 a) L'appropriation subjective de l'expérience liée à la bipolarité

Nous avons suggéré de regarder les descriptions de l'expérience comme principal mode d'appropriation de l'expérience. Pour le rappeler, les descriptions de

l'expérience représentent, à notre sens, des manifestations d'un travail d'appropriation subjective dans la mesure où elles constituent autant de tentatives par les auteurs de circonscrire et de nommer une portion de leur expérience. Nous avons identifié deux modalités d'« appropriation-description », soit les instances où les auteurs tentent de circonscrire leur expérience en utilisant *leurs propres* mots – celles-ci prennent fréquemment la forme d'analogies – ainsi que celles où ils ont recours, de manière implicite ou explicite, à des propos et/ou des savoirs empruntés⁴¹. Nous tenons ici à souligner la particularité de notre matériau face au travail d'appropriation subjective. Si nous avons observé plusieurs manifestations d'« appropriation-description » de l'expérience liée à la bipolarité dans chacun des récits à l'étude, c'est aussi parce que le travail d'écriture requiert un travail d'appropriation de l'expérience. Il s'agit de raconter *sa propre* expérience.

Tous les auteurs abordent les syndromes liés à la maladie, soit les épisodes de dépression, de manie ou d'hypomanie, et les décrivent dans *leurs propres* termes, c'est-à-dire dans des termes qui s'éloignent de leurs définitions « officielles », celles que compilent le DSM ou celles que proposent d'autres champs de connaissances, telle que la psychanalyse. Ces descriptions sont souvent imagées et évocatrices. Elles participent à conférer aux récits à l'étude leur singularité. Ainsi, pour Richard Langlois, la dépression représente « entrer dans ce tunnel tellement noir qu'on y croirait une tombe bien refermée »; « [vivre] un ouragan intérieur de pleurs et de tristesse »; puis, simplement, « devenir “la tristesse” » (Langlois, 2016 : 97). De son côté, Matthieu Bonin a « l'impression d'avoir oublié comment vivre » (Bonin, 2017 : 128) alors qu'il est en phase dépressive. Pour Yann Layma, la mélancolie représente la sensation d'être « possédé par sa propre mort » (Layma, 2012 : 14), alors que

⁴¹ Cette seconde modalité d'« appropriation-description » met en jeu l'appropriation subjective au sens du « trouver-crée » de Winnicott (1975).

l'hypomanie, elle, représente le « Nirvana » (Layma, 2012 : 21). Matthieu Bonin appelle « affectueusement » sa « phase high », l'hypomanie dans le cas du trouble bipolaire II, « la phase Superman » (Bonin, 2017 : 151). Pour ce qui est de la manie, Marie Alvery la décrit tour à tour comme « un enchaînement de ravissements sans fin »; comme « la recherche d'une volupté presque mystique »; comme un « contact avec le divin » (Alvery et Gabert, 2013 : 132).

Face à ce travail d'« appropriation-description » de leur expérience dans leurs propres mots, les auteurs s'approprient également leur expérience sous l'égide de telle ou telle portion du stock de connaissances disponibles au sujet de la bipolarité. Nous avons observé, dans certains cas, une appropriation à tendance biomédicale de la bipolarité – comme une maladie du cerveau – alors que, dans d'autres cas, nous retrouvons des références d'influence psychanalytique – notamment à la défense maniaque.

Comme ce fut le cas dernièrement, je crois que tout ce que j'entends et vois est message divin pour moi. Mon cerveau est le théâtre d'une danse des cellules à un rythme s'apparentant à la zumba. (Langlois, 2016 : 49)

Je vivais donc clairement le summum de ma carrière. Mais cette vague de succès n'avait aucunement empêché la mélancolie de fondre sur moi et de m'engluer dans sa toile d'humeurs morbides. [...] C'était à n'y rien comprendre.

La médecine a pourtant une explication. Le décalage mental entre réussite et dépression serait dû à un simple déséquilibre chimique. Il circule dans le cerveau une forme d'électricité, une tension qui provoque parfois une accélération, parfois un ralentissement des connexions entre les neurones. Des hyperconnexions conduisent à un état d'exaltation ou de phase maniaque. Le manque de connexions aboutit à la dépression et, dans les cas extrêmes, à une crise de mélancolie. (Layma, 2012 : 24-25)

Il est incroyable de voir comme mes forces s'étaient déployées pour me protéger contre celle-ci [la culpabilité], comme j'avais développé une énergie intérieure monumentale pour me protéger moi-même et ma joie d'aimer. (Marie Alvery dans Alvery et Gabert, 2013 : 84)

La peur de la mort est tellement insupportable que j'inverse la vapeur : j'abolis la mort, je l'écrase, je préfère la nier. Il est évident que la bipolarité est une fuite, une reconstruction du présent avec des éléments délirants. La souffrance serait-elle tellement insupportable? (Lenoël, 2015 : 69)

Puis, certaines manifestations d'« appropriation-description » de la bipolarité ou de l'expérience reliée s'appuient explicitement sur des mots ainsi que des savoirs empruntés.

« J'ai tendu des cordes de clocher à clocher; des guirlandes de fenêtre à fenêtre; des chaînes d'or d'étoile à étoile, et je danse. » Cette phrase de Rimbaud exprime tout à fait l'état dans lequel je suis en phase maniaque. (Lenoël, 2015 : 80-81)

Ce livre [*De l'exaltation à la dépression* de Kay Redfield Jamison] m'avait tout de même permis de comprendre que j'étais atteint d'une maladie biologique et génétique, non pas psychologique. (Layma, 2012 : 183)

[...] [j']avais enfin assimilé un fait essentiel que le docteur Gay répétait pratiquement à chaque séance :

- Il faut être bien clair, la psychanalyse ne fait pas partie des traitements de la maladie maniaco-dépressive!

En effet, poursuivait-il, un neurologue ou un généraliste bien informé en matière de chimie cérébrale peut bien traiter des troubles bipolaires, ce qui n'est pas le cas d'un psychanalyste. Car nous étions atteints d'une pathologie mentale d'origine biologique et non pas d'une maladie psychologique, même si beaucoup de gens font facilement l'amalgame. (Layma, 2012 : 198)

Nous désirons attirer l'attention sur le croisement des logiques de l'expérience sociale dont témoignent ces extraits. C'est-à-dire qu'il est possible d'observer comment le travail d'appropriation subjective, dans une logique de subjectivation, s'appuie ici sur la mobilisation de connaissances existantes, associées au registre de l'intégration, ou sur un engagement cognitif, associé au registre de la stratégie. Agathe Lenoël mobilise ses connaissances en littérature et Yann Layma s'appuie sur des connaissances qui découlent de ses lectures et de conférences sur la bipolarité. Pour reprendre l'expression de Winnicott (1975), les auteurs « trouvent » des connaissances et, à partir de celles-ci, « créent » leur expérience. Ainsi, dans le registre de la subjectivation, le travail d'appropriation subjective de l'expérience liée à la bipolarité apparaît, en partie, venir s'appuyer sur la mobilisation cognitive et l'engagement cognitif que nous avons observés dans les logiques d'intégration et de stratégie, respectivement.

Bien que le diagnostic de bipolarité marque le moment où un travail d'appropriation subjective de la maladie et de l'expérience reliée peut débiter, le rapport à la maladie est souvent d'abord difficile. Le diagnostic est tantôt choc, tantôt soulagement, souvent les deux à la fois.

Ce diagnostic résonne comme une bombe. (Hélène Gabert dans Alvery et Gabert, 2013 : 102)

J'arrive à entendre ce diagnostic, mais ce n'est pas pour autant que je l'accepte! Il va me falloir quelques années pour le digérer et en comprendre toutes les subtilités.

Parallèlement, ce diagnostic est un soulagement. Je m'accorde des circonstances atténuantes. Cela me déculpabilise sur ce qui s'est longtemps apparenté à du mal-être. Cela me permet de comprendre comment je me retrouve dans des états dépressifs sans raison apparente. (Hélène Gabert dans Alvery et Gabert, 2013 : 105)

Me dire la vérité est en fait un soulagement. Car si la maladie est grave, son nom ne l'empire pas.

[...] À la vérité, je deviens par la suite tout à fait en colère : ce mot de « psychose » [en référence à la psychose maniaco-dépressive] est effrayant. Je le croyais réservé aux pires thrillers à la Hitchcock. Comment s'approprier une telle réalité? (Marie Alvery dans Alvery et Gabert, 2013 : 108)

Les récits à l'étude présente tous un rapport à la maladie qui fluctue dans le temps et qui engendre un important travail en réflexivité.

4.2.3 b) La réflexivité face au diagnostic de bipolarité : la maladie, le rapport à la maladie et le rapport à soi

Nous avons identifié les opinions, réflexions et interrogations comme marqueurs de la dimension réflexive de l'expérience que nous associons au registre de la subjectivation. Nous avons observé dans les récits à l'étude plusieurs manifestations de l'inscription du diagnostic de bipolarité dans la dimension réflexive de l'expérience. Les auteurs partagent leurs réflexions sur la maladie et dans celles-ci, dans leur rapport à la maladie, se dégagent des questionnements sur les « limites de [leur] [s]oi » (Lenoël, 2015 : 144).

D'abord, nous avons observé dans plusieurs récits une fluctuation du rapport à la maladie. Le rapport à la maladie a une connotation tantôt négative, tantôt positive. Par exemple, l'engagement en termes de combativité discuté dans la section précédente repose, en partie, sur une appropriation de la maladie bipolaire comme une adversaire, voire une ennemie que l'on doit transformer en alliée. La « maladie-menace » apparaît également dans plusieurs récits. Il s'agit alors de rester sur ses gardes.

Je vis dans la menace de retomber malade, j'ai une épée de Damoclès au-dessus de la tête en permanence. (Lenoël, 2015 : 104)

Je vais en profiter [de sa bonne humeur actuelle] le temps que ça passe, car j'ignore quand la noirceur me frappera à nouveau. C'est ce qui est le plus difficile, je trouve... de toujours être sur mes gardes. De ne jamais vraiment pouvoir profiter du beau, car je sais que c'est pour une durée limitée. (Bonin, 2017 : 74)

Je reste comme un arc tendu sur la défensive, prête à tirer les flèches de mon archer. Mais je ne désespère pas de pouvoir baisser la garde un jour. (Hélène Gabert dans Alvery et Gabert, 2013 : 212)

Notons ici la combinaison des logiques de subjectivation et de stratégie : l'appropriation subjective de la maladie suscite des stratégies en conséquence.

Malgré un rapport d'adversité avec la maladie, plusieurs parlent aussi de l'apport de la maladie. Il se dessine ici l'idée de la maladie créatrice, voire du pouvoir de la maladie.

La bipolarité n'est pas une maladie. C'est un puissant outil qui, lorsque contrôlé, nous permet d'accomplir l'impossible. (Bonin, 2017 : 174)

« Mes innombrables manies modérées, et les manies franches elles-mêmes, m'ont toutes apporté un supplément de perception, d'émotion et de réflexion. Même quand j'étais le plus effroyablement psychotique – délirante, hallucinée, forcenée –, j'avais conscience de découvrir de nouveaux espaces de mon cœur et de mon esprit. Certains de ces aspects inconnus de moi-même étaient beaux à couper le souffle, à vous tuer sur

le coup – moi, ils m’aidaient à vivre. »⁴² (Kay Redfield Jamison, 2000 : 227, cité dans Layma, 2012 : 283 et dans Lenoël, 2015 : 166)

Le rapport à la maladie, aussi positif soit-il en bout de ligne, est à la fois le produit et l’objet d’un cheminement réflexif dans lequel les interrogations sont la norme.

La bipolarité, c’est un champ de ruines, une échappée du réel, une folle course vers on ne sait quoi. Grâce à elle, j’ai pris des chemins de traverse, vu des choses inédites, parcouru certaines limites de mon moi. Des questions philosophiques se font jour, il est évident qu’il faut non pas les tenir à distance mais les embrasser. (Lenoël, 2015 : 144)

Si la maladie suscite ce travail réflexif, c’est bien car elle s’immisce dans le rapport à soi et au monde des auteurs, pour le meilleur ou pour le pire. La maladie vient scinder l’identité, bonifier l’expérience, mais aussi créer un sentiment d’étrangeté à soi, rendre anormal ce qui jusque-là ne l’était pas.

Comme tous les bipolaires, j’identifiais d’ailleurs mon « moi » à ces périodes extraordinaires pendant lesquelles je me sentais dans un état de surpuissance, champion du monde toutes catégories. (Layma, 2012 : 36)

Cette maladie nous convainc qu’on ne vit pas comme les autres. Qu’il y a quelque chose de très spécial dans notre existence nous laissant croire que nous sommes différents. La folie frôle le génie et il est facile de se laisser charmer par cette idée. (Bonin, 2017 : 16)

⁴² Il est intéressant de constater qu’Agathe Lenoël (2015) et Yann Layma (2012) ont tous deux recours à un même extrait du témoignage de Kay Redfield Jamison (1995/2000) pour illustrer l’apport de la maladie dans leur vie. Il s’agit encore une fois d’une manifestation d’appropriation de type « trouver-crée », c’est-à-dire qui repose sur un savoir existant, dans ce cas-ci expérimentiel, que les auteurs s’approprient.

Guillaume [le conjoint de l'auteure] passait me voir de temps en temps, mais j'avais l'impression qu'il ne comprenait rien à mon état. Pas plus que mes proches. Et même moi, je me sentais étrangère à moi-même. (Marie Alvery dans Alvery et Gabert, 2013 : 85)

Jusqu'à ce jour [celui du diagnostic], mes états de forme étaient ceux, ordinaires, d'une personne en pleine force de l'âge, pleine de ressources et de vitalité, comme tout être normalement constitué. Je pensais être une personne énergique, à l'image de ma mère très active et tonique. [...] Dans ma tête, j'avais donc simplement hérité du caractère de mes parents. [...]

Cette vie en dents de scie me semblait d'ailleurs être partagée de tous. [...]

Je n'aurai jamais pu croire que tous ces états successifs étaient pathologiques. J'étais loin d'imaginer que ces hauts et bas s'amplifieraient jusqu'à m'empoisonner la vie. Il me fallait réaliser que j'étais et serai toujours atteinte d'un trouble bipolaire. (Hélène Gabert dans Alvery et Gabert, 2013 : 104-105)

Pour ceux qui ont vécu la psychose ou le délire, la bipolarité vient créer un rapport alternatif au monde. Pour d'autres, la bipolarité interroge leur rapport au monde.

Je suis en plein cœur de la psychose où la réalité et ma réalité sont fort différentes. (Langlois, 2016 : 58)

Il est évident que le trouble bipolaire interpose entre nous et le monde une espèce de particularité qui est notre manière de percevoir la réalité. (Lenoël, 2015 : 83-84)

J'ai beaucoup réfléchi à tout ce que j'ai écrit jusqu'à présent et une question me revient sans cesse : cela s'est-il vraiment passé comme je l'ai écrit ou était-ce ma vision des choses qui était amplifiée ou empirée par ma bipolarité? (Bonin, 2017 : 173)

Le rapport à la maladie est également empreint d'affectivité, la peur notamment. Il y a la peur d'être la maladie ou, encore, de se perdre dans la maladie.

Une chose est claire dès le début : je ne suis pas une maladie. Voilà qui est bien rassurant. [Richard Langlois se voit ainsi rassuré alors qu'il commence à fréquenter une ressource d'entraide pour personnes vivant avec un diagnostic de bipolarité] (Langlois, 2016 : 104)

Il y a un bon moment déjà que je ne suis plus moi-même. J'ai l'impression que je ne suis plus qu'une ombre de ce que j'ai déjà été. Je crois que je commence à perdre mon identité et ça me fait peur. Serai-je à nouveau celui que je fus jadis? Qui suis-je en fait? Très peu de personnes le savent réellement. Et si je ne redeviens jamais celui que j'étais, qui s'en souviendra? [...] Suis-je en train de devenir le résultat d'une maladie qui prend de plus en plus le contrôle de ma tête? Je me sens tellement perdu... (Bonin, 2017 : 97)

Pour plusieurs, le rapport à la maladie fluctue dans le temps. Malgré une peur de se perdre dans la maladie, Matthieu Bonin finit surtout par craindre non plus de se perdre soi, mais de perdre la maladie.

On finit donc par accepter cette maladie. Elle fait partie de nous. J'ai deux bras, deux jambes et un trouble de bipolarité. Je suis profondément attaché à elle et l'éventualité de peut-être la perdre demain me terrorise [l'auteur a rendez-vous avec une médecin-psychiatre pour une évaluation le lendemain]. Toute ma vie perdrait alors son sens! (Bonin, 2017 : 16)

Perdre la maladie deviendrait-il « se perdre »? D'une manière quelque peu similaire, Marie Alvery, qui aura d'abord voulu occulter la maladie, y voit finalement une « violence inouïe » envers elle-même « [a]ssortie d'une vraie incapacité à apprivoiser une partie de [s]a personne » (Alvery et Gabert, 2013 : 222). Occulter la maladie devient, en quelques sortes, s'occulter soi. Nous observons ici l'incursion de la maladie dans le rapport à soi.

Agathe Lenoël aborde la question du rapport à la maladie, le situant sur un continuum qui s'étire de l'exogénéité à l'endogénéité.

Quand je dois parler de ma maladie, j'hésite chaque fois à dire : « Je suis bipolaire » ou : « J'ai une maladie qui est la bipolarité. » Je ne me reconnais à vrai dire dans aucune de ses affirmations. Dans l'une, l'identification du moi à la maladie est trop parfaite et, dans l'autre, un pareil détachement n'est pas concevable. [...] Siri Hustvedt, qui a rédigé un très bel essai sur sa propre maladie, la conversion, écrit : « Il y a dans toute maladie quelque chose qui semble venu d'ailleurs, l'impression d'une invasion et d'une perte de contrôle, évidente dans notre façon d'en parler. Nul ne dit : "je suis cancer" ni même "je suis cancéreux" en dépit du fait qu'il n'y a pas intrusion d'un virus ni d'une bactérie; ce sont les cellules mêmes du corps qui sont prises de folie. On *a* le cancer. Les maladies neurologiques et psychiatriques sont différentes, néanmoins, parce qu'elles affectent souvent la source même de l'idée qu'on se fait de soi. » Il y aurait donc deux interprétations de la pathologie, une conception exogène (il y a moi et la maladie) et une conception endogène (je suis un malade). Je crois me situer *entre les deux*. Quand je parle de moi, et que je tais ma maladie, j'ai l'impression de ne pas avoir *tout dit*. (Lenoël, 2015 : 169-170)

Cet extrait illustre bien la manière dont le rapport à la bipolarité vient se juxtaposer, voire s'immiscer dans le rapport à soi. La tâche à accomplir est alors celle de situer la maladie par rapport au soi, de lui octroyer une place. Le travail réflexif qu'entraîne cette tâche peut également mener à un travail d'appropriation subjective.

Quel est ce moi qui est si éloigné de celui que je connais? Comment la phrase si connue de Rimbaud, ce « je est un autre » a-t-elle une telle pertinence? Quel est ce moi qui revendique une autre réalité? Pourquoi faut-il que je m'échappe avec une si grande force du réel? Pourquoi imaginer que ce que je pense crée la réalité? [...]

[...]

Ce qui est compliqué en phase maniaque, c'est que cela change tout le temps, les bassins d'intérêt sont multiples. Il est difficile de définir sa personnalité, son unité parce qu'à chaque seconde l'on construit des bouts de moi que l'on croit totalement moi et qui ne correspondent pas au moi de tout à l'heure. [...] Quand je pense aujourd'hui à ce que je m'imaginai alors, je ris un peu, me moque de moi, mais c'est toujours avec tendresse que je repense à ce moi qui n'était pas moi. Je me regarde

comme on regarde un enfant, attendrie. Mes pensées en phase maniaque viennent bien de moi. Je les écoute et les interroge. (Lenoël, 2015 : 83-84)

Nous sommes ici témoin d'une réconciliation avec l'expérience liée à la bipolarité qui est appropriée via un travail réflexif, via une distance réflexive. Cette réconciliation nous semble être possiblement une affaire de temps. Nous tenons à rappeler qu'Agathe Lenoël écrit son récit 18 ans après avoir reçu un diagnostic de bipolarité, alors que, dans le cas de Matthieu Bonin, le diagnostic est extrêmement récent. Nous sommes ici en mesure d'émettre l'hypothèse que le travail réalisé dans le registre de la subjectivation comporte une dimension temporelle, c'est-à-dire qu'il est tributaire du temps écoulé depuis ledit diagnostic, le temps étant, après tout, une mesure de distance.

Pour résumer, au niveau du registre de la subjectivation, nous avons observé comment le diagnostic de bipolarité enclenche un important travail d'appropriation subjective de la bipolarité et de l'expérience liée à la bipolarité. Parallèlement, le rapport à la maladie qui se développe suite au diagnostic suscite un important travail réflexif. La situation de bipolarité vient questionner le rapport à soi et au monde. Le travail réflexif déployé face à ces questionnements fait fluctuer le rapport à la maladie et, dans le temps, il semble que l'activité réflexive déployée puisse conduire à une appropriation de la maladie et de l'expérience reliée à celle-ci.

Dans ce chapitre, nous avons fait état des principaux résultats obtenus en lien avec notre objectif de recherche. Nous avons bel et bien pu observer une inscription du diagnostic de bipolarité dans chacun des trois registres associés à l'expérience sociale – intégration, stratégie et subjectivation – tels que nous les avons repérés dans les six récits autobiographiques à l'étude. Dans chaque registre, le diagnostic de bipolarité suscite un travail. Dans le registre de l'intégration, nous avons observé une

acquisition de connaissances en partie soutenue par une modification des appartenances. Il s'agit d'un travail cognitif jumelé à un travail relationnel. Dans le registre de la stratégie, dans lequel les auteurs luttent afin de « s'en sortir » et de « trouver un équilibre », nous avons observé le déploiement de stratégies d'engagement aux niveaux relationnel et cognitif. Les stratégies d'engagement déployées ont révélé être, du moins partiellement, ancrées dans un souci d'autonomie et de responsabilité de soi. Nous avons également observé une modulation de l'expressivité autour du choix stratégique de dévoiler ou non le diagnostic. Au niveau de l'expressivité, les six récits à l'étude illustrent l'engagement des auteurs face à la normativité expressive contemporaine. Nous observons dans ce registre encore un travail cognitif et relationnel ainsi qu'un travail expressif qui mobilise le registre narratif. Dans le registre de la subjectivation, nous avons observé un important travail d'appropriation subjective ainsi qu'un travail réflexif déployés par les auteurs suite au diagnostic de bipolarité. Le diagnostic de bipolarité marque le début d'un travail d'appropriation subjective et l'émergence d'un rapport à la maladie. La situation de bipolarité vient questionner le rapport à soi et au monde suscitant un travail réflexif qui, dans le temps, participe au travail d'appropriation subjective et à la fluctuation du rapport à la maladie. En ce sens, le diagnostic de bipolarité se dessine comme une occasion – ou est-ce une obligation? – d'entreprendre un important travail sur soi.

Dans le chapitre qui suit, nous attirons l'attention sur la charge cognitive qui se dessine en filigrane dans les résultats présentés. Bien que cet investissement cognitif puisse s'expliquer partiellement par les modalités de traitement associées aux troubles bipolaires, nous en proposons une interprétation qui dépasse le cadre palliatif médical. Cette interprétation nous permet de mettre en lumière les enjeux identitaire, relationnel et existentiel que soulève le diagnostic de bipolarité au temps de l'individuation contemporaine.

Tableau 4.1

	Intégration	Stratégie	Subjectivation
Résultats observés	Relation dynamique entre : ▪ Modification des appartenances (reconfiguration) ▪ Modification des connaissances (acquisition)	Objectif visé : ▪ « s'en sortir » ▪ « trouver un équilibre » Moyens utilisés : ▪ Engagement relationnel et cognitif ▪ Modulations de l'expressivité (du silence à l'engagement narratif)	Élaboration d'un rapport à la maladie et modification du rapport à soi et au monde qui procèdent de la relation dynamique entre le : ▪ Travail d'appropriation subjective de la bipolarité et de l'expérience associée ▪ Travail réflexif suscité par la situation de bipolarité

CHAPITRE V

DISCUSSION DES RÉSULTATS

Dans le cadre de la présente recherche, nous nous interrogeons sur l'effet du diagnostic de bipolarité sur l'individu contemporain. À cette fin, notre objectif était d'explorer l'inscription du diagnostic de bipolarité dans les logiques d'action qui composent l'expérience sociale de l'individu contemporain. L'expérience sociale est l'opérateur analytique que nous avons retenu afin de rendre compte du travail d'individuation de l'individu contemporain. La figure de l'individu contemporain était, dans le cas de cette étude, personnifiée par les auteurs des récits autobiographiques de notre corpus. L'analyse de notre corpus a révélé que le diagnostic de bipolarité suscitait un travail dans chacun des registres d'action qui composent l'expérience sociale de l'individu contemporain.

Nous avons observé un travail cognitif et relationnel dans le registre de l'intégration où une reconfiguration relationnelle vient, en partie, soutenir une acquisition de connaissances. Nous avons également observé un travail cognitif et relationnel déployé dans une logique stratégique. Dans cette même logique stratégique, nous avons constaté un travail expressif qui mobilise le registre narratif. Nous avons également noté comment le travail stratégique réalisé par les auteurs des récits à l'étude face au diagnostic de bipolarité s'inscrivait dans un souci de conformité aux règles associées à l'individualité contemporaine. Puis, dans le registre de la subjectivation, nous avons observé comment le diagnostic de bipolarité marque le début d'un travail d'appropriation subjective de la maladie bipolaire et de l'expérience associée, suscitant par le fait même l'émergence d'un rapport à la

maladie. La maladie et le rapport à celle-ci viennent questionner le rapport à soi et au monde de l'individu concerné entraînant, par le fait même, un travail réflexif. À travers le temps, ce travail réflexif semble participer au travail d'appropriation subjective de la situation de bipolarité – signalée par le diagnostic – ainsi qu'à la fluctuation du rapport à la maladie. Le travail de subjectivation qui suit le diagnostic de bipolarité apparaît comme l'occasion – ou est-ce l'obligation? – de réaliser un important travail sur soi. Conséquemment, si la désignation diagnostique bipolaire est sociohistoriquement ancrée, la réponse qu'elle suscite chez l'individu contemporain semble l'être tout autant. Face à la souffrance liée à la bipolarité, les auteurs des récits à l'étude s'engagent dans un travail sur soi.

Dans le présent chapitre, nous élaborons une interprétation des résultats obtenus afin de formuler certains éléments de réponse à notre question de recherche. Dans la première section de ce chapitre, nous attirons d'abord l'attention sur ce que nous appelons la charge cognitive du diagnostic. À cet effet, nous prenons le temps de recenser la récurrence de la dimension cognitive dans les résultats observés. Bien que les modalités de traitement des troubles bipolaires puissent expliquer une portion de l'investissement cognitif observé, nous proposons d'en explorer les contours et les enjeux au-delà du seul cadre palliatif⁴³. Pour ce faire, nous suggérons de concevoir la charge cognitive occasionnée par le diagnostic de bipolarité sous l'angle d'une socialisation secondaire (Berger et Luckmann, 2012). Cette interprétation nous permet non seulement de proposer une lecture dynamique des résultats présentés dans le chapitre précédent, mais aussi de dégager les enjeux que représente cet investissement cognitif, notamment aux niveaux relationnel et identitaire.

⁴³ Le cadre palliatif fait référence aux diverses modalités de traitement des symptômes associés à la bipolarité.

Dans la deuxième section du présent chapitre, nous proposons une interprétation de l'investissement cognitif observé qui vient s'ancrer dans la configuration contemporaine de l'articulation individu-société abordée dans les premiers chapitres de la présente étude. Au temps où l'individu en soi fait figure d'institution (Doucet, 2017; Otero, 2017), nous examinons la possibilité que le diagnostic de bipolarité – possiblement à l'instar d'autres diagnostics de troubles mentaux contemporains – confronte l'individu contemporain à une « anxiété existentielle » (Martuccelli, 2011). En ce sens, nous avançons la possibilité que l'engagement cognitif observé dans le registre stratégique représente un support pour l'individu contemporain en situation de bipolarité. Nous suggérons qu'un espace d'intervention pour les travailleurs sociaux puisse se situer dans le cadre relationnel dont doit se doter l'individu concerné pour soutenir la charge cognitive associée au diagnostic de bipolarité. Nous concluons ce chapitre en résumant les éléments de réponse à notre question de recherche qui émergent de la discussion de nos résultats.

5.1 L'effet du diagnostic de bipolarité sur l'individu contemporain : charge cognitive, cadre relationnel et maintien identitaire

Dans cette première section, nous recensons d'abord la récurrence de la dimension cognitive dans le travail effectué face au diagnostic de bipolarité. Bien que cette charge cognitive puisse en partie s'expliquer par les modalités de traitement associées aux troubles bipolaires, nous proposons de l'aborder sous l'angle d'une socialisation secondaire (Berger et Luckmann, 2012). Ce faisant, nous sommes en mesure d'attirer l'attention sur certains enjeux connexes, notamment aux niveaux relationnel et identitaire.

5.1.1 La charge cognitive liée au diagnostic de bipolarité

Nous avons observé le travail qu'effectue l'individu contemporain face au diagnostic de bipolarité dans chacun des registres d'action dont est composée l'expérience sociale. Or, dans chaque registre, nous avons constaté soit la présence d'un travail proprement cognitif, soit l'investissement de la dimension cognitive dans le travail observé. Dans le registre de l'intégration, nous avons noté que le diagnostic de bipolarité suscitait une acquisition de connaissances. Dans une logique stratégique, cette même acquisition de connaissances est devenue un engagement cognitif dans le but de « s'en sortir » et de « trouver un équilibre ». Puis, dans le registre de la subjectivation, nous avons observé deux modalités de ce que nous avons appelé l'« appropriation-description » de l'expérience, notamment un travail d'appropriation – implicite ou explicite – de connaissances au sujet de la bipolarité⁴⁴. Même le travail expressif constaté dans le registre de la stratégie possède une dimension cognitive car, comme le souligne Doucet (2017), « l'expressivité met en forme la pensée » (Doucet, 2017 : 86).

Alors que l'entité diagnostique bipolaire contemporaine se saisit des effets d'« entropie » de l'individu contemporain dans sa dimension affective et active – deux dimensions clés de l'individu contemporain (Namian, 2013) –, nos résultats indiquent que l'individu contemporain « répond » au diagnostic de bipolarité et à la situation de bipolarité par une importante mobilisation cognitive. Le diagnostic de bipolarité nous semble ainsi représenter une importante charge cognitive pour l'individu qui le reçoit. Cette situation est à mettre en relation avec les modalités de traitement des troubles bipolaires.

⁴⁴ Les lecteurs peuvent se référer à la section 4.2.3 a) du chapitre IV.

Le traitement à long-terme des troubles bipolaires demeure un défi malgré les avancées réalisées du côté de la psychopharmacologie (Culver et Pratchett, 2010). La nature épisodique des troubles bipolaires, la forte récurrence des épisodes syndromiques et la présence de symptômes subsyndromiques – particulièrement de symptômes dépressifs – entre les épisodes nécessitent le recours complémentaire à diverses interventions psychosociales, dont la psychoéducation (Culver et Pratchett, 2010; Gay, 2014). La psychoéducation – non seulement pour les patients, mais également pour leur famille, leurs proches et leurs soignants – est maintenant reconnue comme une partie intégrante du traitement des troubles bipolaires (Aubry et Weber, 2009; Gay, 2014). À la base, la psychoéducation vise à renseigner le patient sur sa maladie (Aubry et Weber, 2009 : 67) afin de « favoriser une réinsertion optimale » (Gay, 2014 : 494). Dans le cas des troubles bipolaires, la psychoéducation est utilisée afin d'améliorer l'adhérence au traitement pharmacologique proposé – un enjeu important auprès des patients atteints de bipolarité. Elle est également utilisée afin d'apprendre aux patients et à leurs proches à détecter les prodromes dépressifs et maniaques ainsi que les déclencheurs de récurrences syndromiques (Miklowitz, 2007; Aubry et Weber, 2009; Culver et Pratchett, 2010; Gay, 2014). Dans cette dernière optique, la psychoéducation rejoint l'utilisation de diverses techniques d'auto-apprentissage qui vise une certaine autogestion de la bipolarité par le patient qui en est atteint (Dupuis et Aubry, 2009). La psychoéducation est également utilisée afin d'aider les patients à accepter le diagnostic de bipolarité, un diagnostic de maladie chronique nécessitant un traitement pharmacologique à long terme, rappelons-le (Aubry et Weber, 2009; Gay, 2014). Dans cette optique, la psychoéducation se fait fréquemment en groupe afin de faciliter le soutien entre pairs et de tempérer la stigmatisation associée au diagnostic de bipolarité (Culver et Pratchett, 2010).

Bien que nous ne remettions aucunement en question la place des mesures psychoéducatives dans le traitement des troubles bipolaires, nous remarquons

toutefois qu'elles se situent, du moins partiellement, en conformité avec les règles associées à l'individualité contemporaine. L'individu en situation de bipolarité est, par le biais de la psychoéducation et des modalités palliatives associées, appelé à apprendre à gérer sa maladie, à en accepter la responsabilité. Si Ehrenberg (2005 : 20) souligne la manière dont l'individu – le « citoyen » – est désormais appelé à devenir « l'acteur de sa maladie », les mesures psychoéducatives et autres mesures apparentées visent à faire des patients de véritables experts de leur maladie. Ainsi, pour faire écho aux résultats présentés dans le chapitre précédent⁴⁵, il appert que les individus en situation de bipolarité, non seulement luttent pour « s'en sortir eux-mêmes », mais doivent également apprendre à lutter adéquatement et en toute responsabilité.

La charge cognitive observée dans nos résultats peut, oui, trouver une explication dans le traitement recommandé pour les troubles bipolaires. Yann Layma raconte bien la façon dont on lui a clairement indiqué la nécessité de s'investir dans une démarche d'acquisition de connaissances⁴⁶. Toutefois, nous désirons examiner la portée de cette charge cognitive au-delà de ce cadre palliatif qui nous semble quelque peu étroit. Dans la section qui suit, nous proposons d'aborder le travail cognitif effectué face au diagnostic de bipolarité sous l'angle de la socialisation secondaire (Berger et Luckmann, 2012).

5.1.2 Mobilisation cognitive et socialisation secondaire

Dans cette section, nous revenons brièvement sur les notions de socialisation primaire et secondaire (Berger et Luckmann, 2012). Nous regardons par la suite comment le

⁴⁵ Se référer aux p. 96-97 de la section 4.2.2 b) du chapitre IV.

⁴⁶ Se référer au propos de Layma (2012 : 147) rapportés à la p. 94 de la section 4.2.2 b) du chapitre IV.

processus de socialisation secondaire peut s'appliquer aux résultats observés et les enjeux qui en découlent pour les individus qui reçoivent un diagnostic de bipolarité.

Pour Berger et Luckmann (2012), la socialisation est, *grosso modo*, le processus par lequel tout individu intériorise le monde objectif dans lequel il vit et s'installe dans celui-ci – socialisation primaire – ou un secteur de celui-ci – socialisation secondaire (Berger et Luckmann, 2012 : 215). En d'autres mots, la socialisation primaire vise l'intégration de l'individu à la société et la socialisation secondaire vise son intégration à un secteur spécifique de celle-ci. Le processus d'intériorisation auquel renvoie la socialisation s'apparente à une acquisition de connaissances sur soi et sur le monde, connaissances que l'individu doit alors faire siennes en se les appropriant. En ce sens, la socialisation renvoie à un processus d'acquisition de connaissances ainsi qu'à un processus d'appropriation subjective de ces connaissances. Alors que l'acquisition de connaissances associée à la socialisation primaire requiert un environnement affectif hautement significatif, le cadre relationnel de la socialisation secondaire ne nécessite pas la présence d'une affectivité marquée.

Au terme de la socialisation primaire, l'individu est « en possession subjective d'un soi et d'un monde » (Berger et Luckmann, 2012 : 224). Ici, le « soi » est une « entité réfléchie » (Berger et Luckmann, 2012 : 217) qui procède d'abord de l'intériorisation des rôles et des attitudes des autrui significatifs, puis des rôles et des attitudes en général ou de l'autrui généralisé⁴⁷ (Berger et Luckmann, 2002 : 217-218). L'acquisition d'une identité stable et cohérente est tributaire de l'intériorisation de l'autrui généralisé, moment où l'individu acquiert une identité qui est indépendante des autrui significatifs (Berger et Luckmann, 2002 : 219). L'intériorisation de l'autrui

⁴⁷ Les termes « autrui significatifs » et « autrui généralisé » renvoient à la théorie meadienne de la socialisation. Voir Mead, G. H. (1963). *L'esprit, le soi et la société*. Paris : PUF.

généralisé marque d'ailleurs l'aboutissement du processus de socialisation primaire (Berger et Luckmann, 2012 : 224).

Cela étant dit, les autrui significatifs conservent un rôle clé dans le maintien de la réalité subjective, même une fois le processus de socialisation primaire terminé. Comme le soulignent Berger et Luckmann (2012), « [l]es autrui significatifs sont, dans la vie de l'individu, les agents principaux⁴⁸ de la maintenance de sa réalité subjective » (Berger et Luckmann, 2012 : 241). Puis, si l'on considère la relation d'interdépendance entre la réalité subjective et l'identité – l'identité étant un « élément-clé de la réalité subjective » (Berger et Luckmann, 2012 : 271) –, alors les autrui significatifs acquièrent également une fonction essentielle en termes de maintien identitaire (Berger et Luckmann, 2012 : 241).

Or, le processus de socialisation n'est jamais tout à fait achevé (Berger et Luckmann, 2012 : 225). L'identité et la réalité subjective ne sont jamais fixées pour de bon. C'est le cas aujourd'hui plus que jamais. Alors qu'elle multiplie les univers de sens disponibles, la société moderne exige de l'individu contemporain qu'il se maintienne « en position d'apprentissage » (Doucet, 2016 : 55). Conséquemment, l'acquisition de nouvelles connaissances attribuable à toute socialisation secondaire pose l'enjeu du maintien de la réalité subjective instaurée au cours de la socialisation primaire (Berger et Luckmann, 2012 : 225). La réalité subjective qui procède d'une socialisation secondaire se superpose inévitablement à la réalité subjective engendrée par la socialisation primaire. Se dessine alors un enjeu de « consistance » (Berger et Luckmann, 2012 : 228) entre le nouveau et l'ancien contenu cognitif, un enjeu de

⁴⁸ Cela ne veut pas dire que les autres individus ne jouent pas également un rôle dans le maintien de la réalité subjective (Berger et Luckmann, 2012 : 241). Berger et Luckmann (2012) précisent que « [l]es autres moins significatifs fonctionnent, eux, comme une sorte de chœur » (Berger et Luckmann, 2012 : 241).

congruence. À son tour, la transformation de la réalité subjective qu'entraîne la socialisation secondaire représente également un enjeu en termes du maintien de la continuité et de la cohérence identitaire. La substance des socialisations secondaires doit être intégrée au parcours biographique (Berger et Luckmann, 2012 : 225).

Pour résumer, la socialisation renvoie à un processus d'acquisition de connaissances ainsi qu'à un travail d'appropriation subjective de ces connaissances qui ont lieu dans un cadre relationnel plus ou moins significatif. La socialisation secondaire soulève, elle, l'enjeu du maintien de la réalité subjective qui, à son tour, soulève deux enjeux interconnectés, celui du rôle des autrui significatifs et celui du maintien identitaire. Regardons maintenant nos résultats sous cet angle.

5.1.3 Diagnostic de bipolarité et socialisation secondaire

La notion de socialisation secondaire nous permet de proposer une lecture dynamique de nos résultats. Dans le registre de l'intégration, nous avons en effet observé une relation dynamique entre la reconfiguration relationnelle et l'acquisition de connaissances qui accompagnent le diagnostic de bipolarité. En vue des enjeux soulignés ci-haut, la reconfiguration relationnelle que suscite le diagnostic de bipolarité peut être conçue, du moins en partie, comme une tentative par l'individu concerné de se doter d'un cadre relationnel qui puisse refléter la modification de sa réalité subjective. Le diagnostic de bipolarité en soi ainsi que l'afflux de connaissances qui s'ensuivent sont à l'origine de cette modification de la réalité subjective.

Puis encore, s'il y a modification de la réalité subjective, c'est à la suite du travail d'appropriation subjective des connaissances acquises qui a lieu dans le registre de la subjectivation. Se développe ainsi un rapport à la maladie qui suscite, à son tour, un

travail réflexif. Si certaines des connaissances acquises ont trait à la bipolarité spécifiquement, d'autres connaissances – sur soi, sur le monde – se dégagent également du travail réflexif que l'individu effectue face à la situation de bipolarité. Nous avons vu comment le diagnostic de bipolarité vient questionner le rapport à soi de même que, pour certains, le rapport à la réalité⁴⁹. En ce sens, le travail réflexif observé dans le registre de la subjectivation produit aussi des connaissances qui sont appropriées, qui modifient la réalité subjective et qui peuvent, à leur tour, générer une reconfiguration relationnelle. D'ailleurs, la modification de la réalité subjective de l'individu qui reçoit un diagnostic de bipolarité peut contribuer à expliquer la conflictualité observée avec les proches.

Les difficultés relationnelles avec les proches – qui n'appuient pas l'individu qui a reçu un diagnostic de bipolarité ou qui ne sont pas en mesure de valider son expérience – sont compréhensibles si l'on tient compte du rôle clé des proches dans le maintien de la réalité subjective de l'individu concerné. De manière semblable, on comprend bien l'effet adverse que l'incompréhension, le déni ou le refus des proches d'accepter le diagnostic et la situation de bipolarité peut avoir sur l'individu en situation de bipolarité. Il est d'autant plus difficile pour l'individu qui reçoit ce diagnostic de l'intégrer à sa réalité si le cadre relationnel qui pourrait l'aider à accomplir cette tâche lui fait défaut. Une part de l'engagement relationnel observé dans le registre de la stratégie prend sens ici. Il s'agit pour les individus qui reçoivent un diagnostic de bipolarité de former des relations qui puissent soutenir la réalité subjective que le diagnostic vient modifier. Les nouvelles appartenances formées au cours de participation à diverses modalités de traitement – dont les mesures psychoéducatives mentionnées ci-haut – peuvent jouer un rôle important en ce sens.

⁴⁹ Se référer à la section 4.2.3 b) du chapitre IV.

Dans la section suivante, nous regardons les répercussions que le processus de socialisation secondaire relié au diagnostic de bipolarité peut avoir sur l'identité de l'individu qui reçoit ce diagnostic et le travail sur soi qui s'en suit.

5.1.4 Le maintien identitaire face au diagnostic de bipolarité

Dans cette section, nous effectuons un bref retour sur la dimension identitaire de l'individu contemporain afin d'être en mesure de mettre en relief l'enjeu identitaire que peut représenter le diagnostic de bipolarité pour l'individu contemporain qui se le voit attribuer.

Tel que mentionné dans notre cadre conceptuel, l'identité met en jeu la continuité de l'individu dans le temps (Martuccelli, 2002). Elle suppose un travail permanent de production identitaire, production qui est soumise à une injonction de cohérence. L'individu contemporain se doit de produire une biographie sans rupture marquée et cette production biographique mobilise le registre narratif. L'individu se construit alors qu'il se raconte et, ce, en toute sélectivité. La narration sélective de l'expérience produit l'effet de cohérence recherché. Or, cette sélectivité ne peut avoir lieu qu'à distance de l'expérience. Ainsi, la production identitaire mobilise également l'espace subjectif. Le travail de subjectivation – l'appropriation subjective de l'expérience et la distance réflexive face à l'expérience – participe au travail de production identitaire.

Si l'on conçoit l'investissement cognitif face au diagnostic de bipolarité sous l'angle d'un processus de socialisation secondaire, il est alors possible de s'attarder à l'enjeu identitaire que soulève cet investissement cognitif. Comme nous l'avons vu, l'identité est une dimension clé de la réalité subjective. Étant donné la modification de la réalité subjective qu'engendrent l'acquisition et l'appropriation subjective de connaissances

autour de la situation bipolarité, il semble tout à fait plausible que l'individu qui reçoit un diagnostic de bipolarité vive la survenue de ce diagnostic et l'intégration des informations subséquentes comme un bouleversement identitaire plus ou moins marqué. Il s'ensuit un travail sur soi dans une logique de subjectivation, travail qui mobilise le registre narratif et qui, encore une fois, nécessite un cadre relationnel adéquat.

Le travail que nous avons observé dans le registre de la subjectivation devient essentiel face à l'enjeu du maintien de la cohérence et de la continuité identitaire. C'est l'appropriation subjective du diagnostic de bipolarité et des informations reliées ainsi que l'exercice de réflexivité qui s'en suit qui font en sorte que l'individu concerné peut intégrer ces informations à son identité. L'engagement narratif observé dans le registre de la stratégie devient ici un moyen de soutenir ce travail de maintien identitaire. En racontant leur expérience liée à la bipolarité, les auteurs des récits à l'étude l'incorporent à leur identité. L'inscription sociosymbolique de l'expérience par l'intermédiaire de la narration participe à l'intégration de cette expérience à la réalité subjective. Cette initiative narrative vient pallier au risque de « rupture biographique » (Berger et Luckmann, 2012 : 254) que peut représenter le diagnostic de bipolarité s'il ne peut être intégré à l'identité ou s'il y prend une place démesurée. L'enjeu pour les individus concernés est ainsi de maintenir la consistance ou, encore, la congruence de leur identité entre l'« avant » et l'« après » diagnostic de bipolarité. Face à cet enjeu, les appartenances jouent également un rôle clé puisque « l'individu aime que son identité soit confirmée » (Berger et Luckmann, 2012 : 241).

L'individu en situation de bipolarité peut ainsi chercher un cadre relationnel qui reflète adéquatement les modifications que le diagnostic de bipolarité peut susciter dans son rapport à soi, dans son identité. Ainsi, le travail de maintien identitaire que peut représenter, selon cette interprétation de nos résultats, le diagnostic de bipolarité,

constitue, oui, un travail sur soi, un travail en tout intériorité, mais qui nécessite également un solide ancrage extérieur, en termes relationnels. Cette situation fait écho à l'importance reconnue du rôle des proches face aux individus qui reçoivent un diagnostic de bipolarité.

Tout comme la situation de bipolarité peut être éprouvante pour la famille de l'individu atteint de bipolarité, le milieu familial a une influence sur le cours de la maladie (Miklowitz, 2007; M'Bailara et Gay, 2014). Il a été démontré que l'implication des proches dans certaines modalités de traitement – dont les mesures psychoéducatives – aide à contrôler les symptômes associés à la bipolarité et à diminuer les risques de rechutes, lorsqu'elle est jumelée à un traitement pharmacologique approprié (Miklowitz, 2007; M'Bailara et Gay, 2014). Si l'importance des proches est démontrée face au rétablissement médical⁵⁰ des individus atteints de bipolarité, notre propos attire l'attention sur l'importance des proches face à l'enjeu identitaire que représente le diagnostic de bipolarité, face à la tâche de demeurer soi.

Pour résumer, aborder l'investissement cognitif observé sous l'angle d'une socialisation secondaire nous a permis de mettre en relation les résultats observés au chapitre précédent ainsi que de relever certains des enjeux reliés. L'investissement cognitif qui suit le diagnostic de bipolarité mobilise les trois registres d'action associés à l'expérience sociale. Pour l'individu concerné, le surgissement du diagnostic de bipolarité et l'afflux de connaissances reliées peuvent entraîner une modification de sa réalité subjective et avoir des répercussions au niveau de son identité. Or, le maintien de l'équilibre subjectif et de la cohérence identitaire requiert

⁵⁰ Selon Quintin (2016), le modèle médical du rétablissement vise « une réduction des symptômes et une augmentation du fonctionnement dans les activités quotidiennes » (Quintin, 2016 : 219).

un support relationnel adéquat. Devant un système relationnel inadéquat, l'individu concerné peut tenter de le modifier afin d'établir un cadre relationnel qui puisse refléter de manière appropriée l'identité à laquelle il travaille à intégrer le diagnostic de bipolarité. Le maintien identitaire se dessine comme un enjeu important du travail sur soi déployé par l'individu contemporain face au diagnostic de bipolarité. Or, la discussion ci-haut a démontré que ce travail tout en intériorité – dont le travail de subjectivation est la clé – nécessite un solide ancrage dans le monde extérieur. Le travail de maintien identitaire requiert un cadre relationnel qui puisse soutenir l'intégration du diagnostic de bipolarité à l'identité de l'individu qui le reçoit et, en temps et lieu, adéquatement refléter l'identité modifiée de l'individu concerné.

Nous avons examiné les enjeux qui découlent de l'investissement cognitif constaté face au diagnostic de bipolarité sous l'angle de la socialisation secondaire (Berger et Luckmann, 2012). Dans la section qui suit, nous proposons une hypothèse quant au moteur de l'engagement cognitif observé face au diagnostic de bipolarité. Encore une fois, nous désirons suggérer une interprétation qui dépasse le seul cadre palliatif associé aux troubles bipolaires – sans être en opposition avec celui-ci. L'interprétation de nos résultats présentée dans la section suivante vient s'arrimer au contexte sociohistorique abordé dans les deux premiers chapitres de la présente étude. Au temps de l'individuation contemporaine, nous suggérons que le diagnostic de bipolarité puisse susciter une anxiété existentielle chez l'individu qui se le voit attribuer. L'investissement cognitif observé et discuté dans la présente section représenterait alors un support face à cette angoisse existentielle.

5.2 Le diagnostic de bipolarité au temps de l'individuation contemporaine: anxiété existentielle et investissement cognitif

Dans cette section, nous nous penchons d'abord sur la question de l'existentialisation des questions sociales (Martuccelli, 2011), un phénomène qui prend racine dans le contexte sociohistorique que nous avons abordé dans les premiers chapitres de cette étude. Nous regardons ensuite comment l'expérience sociale liée au diagnostic de bipolarité – un diagnostic qui, nous l'avons vu, est sociohistoriquement ancré – peut s'inscrire dans un registre existentiel. Puis, nous examinons l'investissement cognitif abordé dans la première section de ce chapitre sous l'angle d'un support face à cette angoisse existentielle que peut représenter le diagnostic de bipolarité.

5.2.1 Contexte contemporain et anxiété existentielle

Face à la distance matricielle qui le sépare du monde dans le contexte moderne, l'individu contemporain se voit attribuer la tâche de se produire comme individu, de s'individuer. La configuration contemporaine de l'articulation individu-société, abordée en problématique, repose lourdement sur les épaules de l'individu contemporain et son travail d'individuation. Dans ce contexte où l'individu en soi fait figure d'institution (Doucet, 2017; Otero, 2017), Martuccelli (2011) propose de regarder « comment et pourquoi un nombre croissant d'expériences sociales sont éprouvées en tant qu'affaires existentielles » (Martuccelli, 2011 : 26). D'abord, traçons rapidement les contours du registre existentiel afin de comprendre ce que signifie cette existentialisation des expériences sociales.

L'existence ou « *ek-sistere* », rappelle Martuccelli, signifie « être dehors » et renvoie à ce « fait d'être dehors, jeté, exposé » (Martuccelli, 2011 : 3-4, 20). Puisque l'existence se situe à l'intersection d'une situation et d'une possibilité (Martuccelli,

2011 : 4), l'individu est toujours plus que sa situation. Sa situation n'est jamais une finalité, toujours un projet. Ainsi, devant chaque situation, l'individu est confronté à un horizon infini de possibilités. L'angoisse existentielle est l'expérience de cet horizon de possibles. Le registre existentiel renvoie à cette angoisse, à ce « sentiment d'être dehors, jeté, ex-posé » (Martuccelli, 2011 : 26). L'argument de Martuccelli (2011) est que le registre existentiel n'est pas propre à l'anthropologie, mais plutôt tributaire de l'expérience sociohistorique de la modernité. L'existentialisation des questions sociales renvoient alors au nombre grandissant de situations sociales qui procurent à l'individu contemporain ce sentiment d'être à l'extérieur, cette sensation d'étrangeté à soi et au monde, cette angoisse existentielle. Or, l'anxiété existentielle d'aujourd'hui diffère de celle d'hier.

Selon Martuccelli (2011), l'individu contemporain n'est plus tant face à une existence dénudée de sens qu'à « *une vie qui insupporte au quotidien* » (Martuccelli, 2011 : 30). Ce diagnostic existentiel contemporain se traduit par un glissement d'une « anxiété herméneutique (quel sens?) » vers une « anxiété énergétique (sur quoi m'appuyer pour agir?) » (Martuccelli, 2011 : 32). L'enjeu du registre existentiel devient alors « l'étude des différents *supports* grâce auxquels les individus se constituent en tant qu'individus » (Martuccelli, 2011 : 31). En d'autres mots, le registre existentiel renvoie alors à la question suivante : comment l'individu contemporain peut-il maintenir sa présence au monde, sur quoi peut-il s'appuyer pour affronter l'existence? Encore une fois, cette situation est tributaire du contexte contemporain dans lequel l'individu en soi fait figure d'institution (Doucet, 2017; Otero, 2017). Dans la section qui suit, nous proposons de concevoir l'effet du diagnostic de bipolarité sur l'individu contemporain sous l'angle d'une telle anxiété existentielle.

5.2.2 La dimension existentielle des troubles mentaux

Dans le premier chapitre de cette étude, nous nous sommes attardée à la dimension sociale des troubles mentaux. Nous avons vu comment les diagnostics de troubles mentaux nous renseignent sur « l'air du temps », le « mental pathologique » s'arrimant inéluctablement au « social problématique » (Otero, 2012, 2014, 2015). Nous avons également abordé l'ancrage sociohistorique de la bipolarité – de la rarissime folie maniaco-dépressive jusqu'à la prévalence bondissante du spectre bipolaire. Nous suggérons ici de concevoir l'expérience du diagnostic de bipolarité – possiblement à l'instar d'autres troubles mentaux – comme l'une de ces expériences sociales qui acquiert une dimension existentielle significative dans le contexte contemporain. Regardons comment cela peut être le cas.

Revenons brièvement au contenu de notre problématique. Nous y avons abordé l'élargissement du champ de la santé mentale, élargissement que nous avons mis en relation avec la configuration contemporaine de l'articulation individu-société. L'ubiquité de la souffrance qui plane sur le champ affectif contemporain, souffrance autour de laquelle s'est déployé le périmètre élargi de la santé mentale, prend racine dans cette configuration. Alors que l'individu contemporain porte la charge de l'articulation individu-société – charge qui se manifeste dans son travail d'individuation –, sa santé mentale devient garante du bon fonctionnement de cette articulation. Dans ce contexte, il semble plausible qu'un défaut de santé mentale⁵¹ – signalé par le diagnostic de trouble mental – puisse revêtir un caractère existentiel. Pour l'individu qui vacille, l'enjeu est de taille. Nous voyons ici se dessiner la possible inscription des troubles mentaux – dont la bipolarité – dans le registre

⁵¹ Le défaut de santé mentale signale ici un manquement normatif, une perte d'autonomie, une défaillance dans l'entreprise de soi (Ehrenberg, 1998, 2005).

existentiel. Notons également que, dans cette perspective, le caractère existentiel des troubles mentaux dépasse largement le seul « malaise psychique » (Martuccelli, 2011 : 36) pour venir s'inscrire directement dans la configuration contemporaine de l'articulation individu-société.

Devant l'inscription d'une expérience sociale quelconque dans le registre existentiel, Martuccelli (2011) propose de tenter de comprendre la conjoncture sociohistorique qui fait en sorte qu'elle confère aux individus concernés ce sentiment d'étrangeté à soi, cette sensation d'être « ex-posé ». Maintenant que nous avons abordé comment, dans le contexte sociohistorique actuel, les diagnostics de santé mentale peuvent placer l'individu contemporain face à un tel vertige existentiel, regardons la façon dont cette sensation d'étrangeté à soi, cette « exposition existentielle », s'observe concrètement dans les résultats de la présente étude, c'est-à-dire face au diagnostic de bipolarité.

5.2.3 L'effet existentiel du diagnostic de bipolarité

Dans la première section de ce chapitre, nous avons vu comment la mobilisation cognitive autour du diagnostic de bipolarité, comprise sous l'angle d'un processus de socialisation secondaire, venait modifier, voire perturber, la réalité subjective de l'individu concerné. L'individu qui reçoit un diagnostic de bipolarité doit intégrer celui-ci à sa réalité subjective, à son identité. Cette intégration passe par le travail observé dans le registre de la subjectivation. Or, si nous nous référons aux résultats obtenus dans ce registre⁵², nous avons en effet observé comment la situation de bipolarité – signalée par le diagnostic – venait questionner le rapport à soi et au

⁵² Se référer à la section 4.2.3 b) du chapitre IV.

monde des auteurs des récits à l'étude, voire s'y immiscer. Nous avons relaté les propos d'Agathe Lenoël (2015 : 21) et de Marie Alvery (2013 : 85) qui racontent toutes deux avoir fait l'expérience de ce sentiment d'étrangeté à soi⁵³; nous avons également noté les propos de Richard Langlois (2016 : 58), Agathe Lenoël (2015 : 83-84) et Matthieu Bonin (2017 : 173) qui font état de l'incursion de la bipolarité dans leur rapport à la réalité⁵⁴. D'ailleurs, le titre du récit d'Agathe Lenoël, *Qui suis-je quand je ne suis pas moi? Une bipolaire témoigne*, en dit long sur l'« exposition existentielle » – la sensation d'être à l'extérieur de soi – que le diagnostic de bipolarité a signifiée pour l'auteure. Nos résultats semblent ainsi appuyer la présente interprétation quant à l'effet existentiel du diagnostic de bipolarité qui est venu perturber, à divers degrés, la réalité subjective des auteurs des récits à l'étude.

Nos résultats font également écho aux travaux de Quintin (2016) qui s'intéresse à la dimension existentielle de la notion de rétablissement en santé mentale. Selon cet auteur, si le projet de rétablissement en santé mentale possède une teneur existentielle, c'est bien parce que la maladie mentale vient questionner le rapport à soi – « la personne devient une question pour elle-même » (Quintin, 2016 : 222). Il appert que le diagnostic de bipolarité suscite un tel questionnement existentiel chez l'individu qui le reçoit.

Or, que faire face à cette incursion du diagnostic de bipolarité dans la réalité subjective? Sur quoi s'appuyer, face à la bipolarité? À quel support l'individu contemporain peut-il avoir recours en situation de bipolarité? Car c'est bien là le propre du registre existentiel, de confronter l'individu dans une situation « x » à un

⁵³ Voir les propos d'Agathe Lenoël (2015 : 21) à la p.101 de la section 4.2.2 c) du chapitre IV et ceux de Marie Alvery (2013 : 85) à la p. 110 de la section 4.2.3 b) du chapitre IV.

⁵⁴ Voir les propos rapportés à la p. 110 de la section 4.2.3 b) du chapitre IV.

horizon de possibilités, à la nécessité de faire face à sa facticité armé d'un projet (Martuccelli, 2011 : 4). Nous désirons boucler la boucle de cette interprétation de nos résultats en suggérant que l'investissement cognitif abordé dans la première section de ce chapitre puisse représenter un support face à l'angoisse existentielle suscitée par le diagnostic de bipolarité.

5.2.4 Diagnostic de bipolarité, anxiété existentielle et investissement cognitif

Nous avons suggéré que le diagnostic de bipolarité puisse susciter une anxiété existentielle chez l'individu qui se le voit attribuer, une anxiété qui, dans le contexte contemporain, est d'abord et avant tout énergétique – sur quoi s'appuyer? Dans notre cadre conceptuel, nous avons abordé différentes dimensions par lesquelles appréhender l'individu contemporain, dont la question des supports (Martuccelli, 2002). Ici, nous suggérons que l'engagement cognitif observé dans le registre de la stratégie puisse être le moyen déployé par les auteurs des récits à l'étude pour maintenir leur présence au monde – l'enjeu associé au support (Martuccelli, 2002) – face au diagnostic de bipolarité. En d'autres mots, à la lumière de nos résultats, nous suggérons que cet engagement cognitif puisse être la façon dont l'individu qui reçoit un diagnostic de bipolarité tente de supporter l'anxiété existentielle associée à ce diagnostic.

Doucet (2017) identifie différents processus – utilitaires, herméneutiques et narratifs – par le biais desquels l'individu contemporain se mesure à l'épreuve contemporaine de singularisation que représente le travail sur soi. Il nous semble que ces trois types de processus – non mutuellement exclusifs – aient été mis à profit par les auteurs des récits à l'étude face au diagnostic de bipolarité. Nous suggérons que l'engagement cognitif observé ait eu une teneur à la fois herméneutique et utilitaire. Bien que nous ne remettions pas en question l'argument de Martuccelli (2011) selon lequel l'anxiété

énergétique – quels outils? – emboîte aujourd’hui le pas à l’anxiété herméneutique – quel sens? –, certains de nos résultats démontrent qu’une anxiété herméneutique est également présente face au diagnostic de bipolarité⁵⁵. En ce sens, il semble que l’engagement cognitif dont ont fait preuve les auteurs des récits à l’étude face à la situation de bipolarité puisse également avoir été motivé par une recherche de sens. Dans la mesure où l’engagement cognitif observé vise à « trouver un équilibre », à se rétablir, nos résultats appuient les propos de Quintin (2016 : 222) quant à la nature herméneutique du processus de rétablissement en santé mentale.

D’ailleurs, comme nous l’avons déjà souligné, que les connaissances soient acquises dans un souci énergétique ou herméneutique, leur appropriation subjective – leur intégration à la réalité subjective – suscite un travail réflexif qui, en soi, amène l’individu concerné à s’interroger, à se remettre en question face à la situation de bipolarité. En d’autres mots, que la quête de sens soit ou non le moteur premier face à l’engagement cognitif, les connaissances acquises au sujet de la bipolarité suscitent tout de même un processus de recherche de sens – à teneur herméneutique – alors que ces mêmes connaissances viennent questionner la réalité subjective existante.

Comme nous l’avons vu dans la première section du présent chapitre, la transformation de la réalité subjective qui accompagne l’engagement cognitif nécessite un travail à teneur identitaire pour l’individu qui se doit de maintenir la continuité et la cohérence de son identité. En ce sens, l’engagement dans un processus

⁵⁵ Par exemple, les propos d’Agathe Lenoël, rapportés à la p. 112 de la section 4.2.3 b) du chapitre IV, nous paraissent témoigner d’une recherche de sens :

Quel est ce moi qui est si éloigné de celui que je connais? Comment la phrase si connue de Rimbaud, ce « je est un autre » a-t-elle une telle pertinence? Quel est ce moi qui revendique une autre réalité? Pourquoi faut-il que je m’échappe avec une si grande force du réel? Pourquoi imaginer que ce que je pense crée la réalité? [...] (Agathe Lenoël, 2015 : 83)

narratif observé permet l'inscription de l'expérience liée au diagnostic de bipolarité dans le parcours biographique. À son tour, l'engagement relationnel observé dans le registre stratégique peut être vu comme la tentative par l'individu concerné de se doter d'un cadre relationnel qui puisse supporter son engagement cognitif et le travail de subjectivation qui s'en suit, ainsi que refléter adéquatement l'identité à laquelle doit être intégrée la bipolarité.

Si l'investissement cognitif fait figure de support, ce choix stratégique serait plus ardu sans l'engagement narratif et relationnel observé. Pour reprendre les termes que nous avons associés au registre existentiel, nous dirons que l'individu contemporain, placé en situation de bipolarité, requiert un système relationnel qui puisse adéquatement encadrer le projet par lequel il doit dépasser la facticité que représente le diagnostic de bipolarité. Pour faire écho à nos résultats, le projet visé est celui de « s'en sortir » et de « trouver un équilibre », c'est-à-dire de se rétablir. Bien que l'apport des proches – des autrui significatifs – soit ici irremplaçable, il s'y dessine également un rôle pour les travailleurs sociaux qui peuvent accompagner l'individu qui porte cette charge cognitive, l'accompagner dans l'exercice réflexif que suscite la bipolarité.

5.2.5 Le travail social et l'accompagnement réflexif vers la réappropriation de soi

Face à leur situation de bipolarité, les auteurs des récits à l'étude ont l'objectif de « s'en sortir » et de « trouver un équilibre », un projet qui, nous l'avons vu, les amène à s'investir cognitivement. Si la mobilisation cognitive impliquée dans ce projet s'explique en partie par les modalités de traitement associées à la bipolarité, nous avons vu qu'elle s'ancre également dans la configuration contemporaine de l'articulation individu-société où elle revêt une teneur existentielle. L'individu en situation de bipolarité trouve un support à son existence dans l'investissement

cognitif observé. En ce sens, le projet de rétablissement des auteurs des récits à l'étude semble porter une empreinte à la fois médicale et existentielle (Davidson et Roe, 2007 cité dans Quintin, 2016). Quintin (2016) rappelle que, même si le rétablissement peut advenir sans accompagnement professionnel, dans sa dimension réflexive, il s'agit d'un projet qui requiert la présence d'autrui, qui requiert « de penser avec autrui » (Quintin, 2016 : 223). Or, il semble qu'un tel accompagnement réflexif soit aujourd'hui le propre du travail social.

Le Goff (2014) s'intéresse à la relation entre réflexivité et accompagnement dans le cadre de l'exercice du travail social et de la formation dans ce domaine. Il examine non seulement la réflexivité en tant que modalité d'accompagnement, mais propose que réflexivité et accompagnement soient devenues « les deux faces d'une même pièce » (Le Goff, 2014 : 4), tout comme « travail social et accompagnement sont devenus deux réalités indissociables, voire superposables » (Le Goff, 2014 : 3). Le Goff (2014) s'intéresse à l'accompagnement comme « dispositif », ⁵⁶ c'est-à-dire qu'il voit dans les modalités d'accompagnement réflexif un outil de normalisation sociale. Sans adhérer à cette vision critique de l'accompagnement réflexif, nous croyons, comme cet auteur, qu'il s'inscrit dans le contexte sociohistorique actuel (Le Goff, 2014 : 3), dans ce que nous avons appelé la configuration contemporaine de l'articulation individu-société. L'accompagnement réflexif offre en effet une sensibilité à la singularité des subjectivités souffrantes, des parcours individuels, tout en visant une « autonomisation » (Le Goff, 2014 : 3). En ce sens, il s'agit d'un accompagnement qui se situe en conformité avec les règles de l'individualité contemporaine abordée dans notre cadre conceptuel. Si, oui, l'accompagnement

⁵⁶ Le Goff (2014) définit le dispositif comme « un système institutionnel de propositions, de décision, de mise en œuvre de moyens réglementaires en vue de réaliser des objectifs de normalisation de l'action individuelle et collective » (Le Goff, 2012 : 173 cité dans Le Goff, 2014).

réflexif possède une dimension normative, nous nous contenterons ici de soulever la question suivante : pourrait-il vraiment en être autrement?

Si l'on dépasse la fonction sociale que l'on peut attribuer à l'accompagnement réflexif des subjectivités souffrantes, sa teneur praxéologique semble adéquate face à la tâche identitaire qui attend les individus qui se voient attribuer un diagnostic de bipolarité. Le Goff (2014) souligne la façon dont les dispositifs d'accompagnement favorisent tout particulièrement le travail de réparation identitaire et de transition biographique (Le Goff, 2014 : 3). Or, comme nous l'avons vu, c'est bien ce type de travail sur soi que l'individu en situation de bipolarité se doit d'entamer à la suite du diagnostic.

Pour terminer, nous trouvons intéressant de noter la dimension cognitive qui, encore une fois, apparaît au cœur de l'accompagnement réflexif. Le Goff (2014) y voit une « interface sociocognitive », « un outil “d’auto-formation collaborative” (Cherqui-Houot, 2001) au service d’une intégration sociale et/ou culturelle » (Le Goff, 2014 : 3). En ce sens, si, comme nous l'avons suggéré, le travailleur social peut jouer un rôle dans le système relationnel dont doit se doter l'individu en situation de bipolarité, il appert que l'apport praxéologique du travail social, dans le sens d'un accompagnement réflexif, puisse aussi contribuer à la charge cognitive de l'individu en situation de bipolarité.

À travers les deux sections du présent chapitre, nous avons développé une interprétation des résultats de la présente étude qui nous permet de proposer des éléments de réponse à notre question de recherche quant à l'effet du diagnostic de bipolarité sur l'individu contemporain. Au temps de l'individuation contemporaine, nous suggérons que le diagnostic de bipolarité – possiblement à l'instar d'autres

diagnostics de troubles mentaux – puisse susciter une anxiété existentielle chez l'individu qui se le voit attribuer. L'individu en situation de bipolarité – atteint au niveau actif et affectif – semble supporter cette anxiété par le biais d'un investissement cognitif. La charge cognitive que représente cet engagement est portée dans un souci d'autonomie et de responsabilité face à l'entreprise de soi, c'est-à-dire en conformité avec les règles de l'individualité contemporaine. L'investissement cognitif effectué face au diagnostic de bipolarité requiert que l'individu concerné effectue un travail sur soi à teneur identitaire. Bien que la logique de subjectivation soit clé face au travail identitaire qui comporte un important exercice de réflexivité, ce travail identitaire ne peut non plus faire fi d'un cadre relationnel adapté. Un rôle pour les travailleurs sociaux se situe au sein de ce cadre relationnel dont a besoin l'individu contemporain en situation de bipolarité, afin de l'accompagner alors qu'il est appelé à devenir l'expert de sa bipolarité, en toute responsabilité, et qu'il entame un projet de réappropriation de soi, en toute réflexivité.

CONCLUSION

Le propos de la présente étude s'inscrit dans la foulée des débats et questionnements qui ont entouré la publication de la plus récente version du DSM, le DSM-5, en 2013. À ce moment, le bondissement de la prévalence de certains diagnostics psychiatriques, dont celui de trouble bipolaire, a été l'objet d'une attention renouvelée (Frances, 2013). Le diagnostic de bipolarité, jusqu'ici peu étudié du côté des sciences sociales, constitue l'objet de la présente recherche. Dans un premier temps, nous avons situé notre intérêt pour ce diagnostic dans le contexte de l'élargissement du champ de la santé mentale caractéristique des sociétés occidentales contemporaines, une situation non sans répercussion sur le périmètre d'action de la psychiatrie d'aujourd'hui. Après avoir abordé l'enjeu nosographique au centre de la réorganisation actuelle du savoir psychiatrique, nous avons proposé d'en illustrer les contours en nous penchant sur le diagnostic de bipolarité et la question polémique du spectre bipolaire. Alors qu'il aurait été bien au-delà de l'étendu de la présente étude d'explorer cette dernière question, nous avons choisi de nous interroger sur l'effet du diagnostic de bipolarité sur l'individu contemporain. Afin de capter cet effet, nous avons choisi de nous intéresser au travail d'individuation de l'individu contemporain. Notre propos s'inscrit ainsi dans le champ de l'étude des aspects sociaux des troubles mentaux.

Parmi les différentes façons de rendre compte du travail d'individuation de l'individu contemporain, nous avons choisi de le concevoir comme une expérience sociale (Dubet, 1994, 2007). La notion d'expérience sociale dépasse la description du vécu individuel sans toutefois l'exclure; elle permet de saisir le travail effectué par l'individu qui doit se doter d'une expérience cohérente face à l'hétérogénéité de la vie sociale moderne. Ainsi, nous avons l'objectif d'explorer l'inscription du diagnostic

de bipolarité dans les trois logiques d'action – intégration, stratégie et subjectivation – qui composent l'expérience sociale de l'individu contemporain. À cette fin, nous avons choisi de procéder à l'analyse qualitative d'un corpus de récits autobiographiques portant sur l'expérience des auteurs avec le diagnostic de bipolarité. Les auteurs des récits à l'étude représentent autant de figures de l'individualité contemporaine. Tous ont choisi de répondre à leur souffrance par un travail sur soi, un travail en intériorité qu'ils ont eu le souci de partager en toute expressivité. Nous avons réalisé une analyse thématique du contenu de notre corpus selon une méthode de thématisation à la fois déductive et inductive.

Nous avons été en mesure d'observer le travail de l'individu contemporain face au diagnostic de bipolarité dans chacun des registres d'action – intégration, stratégie et subjectivation – qui composent son expérience sociale. Dans le registre de l'intégration, nous avons observé une acquisition de connaissances en partie soutenue par une modification des appartenances, c'est-à-dire une relation dynamique entre un travail à la fois cognitif et relationnel. Dans le registre stratégique, dans lequel nous avons été témoins de la combativité déployée par les auteurs des récits à l'étude afin de « s'en sortir » et de « trouver un équilibre », nous avons observé le déploiement de stratégies d'engagement encore une fois aux niveaux cognitif et relationnel. Les stratégies d'engagement déployées ont révélé être, du moins partiellement, ancrées dans un souci d'autonomie et de responsabilité de soi. Nous avons également observé une modulation de l'expressivité autour du choix stratégique de dévoiler ou non le diagnostic. Le travail cognitif et relationnel d'abord associé à la logique d'intégration s'est ainsi également manifesté dans le registre stratégique où il est jumelé à un travail expressif. Comme en témoignent les récits à l'étude, ce travail expressif mobilise le registre narratif. Puis, dans le registre de la subjectivation, nous avons pu constater que le diagnostic de bipolarité marque le début d'un travail d'appropriation subjective de l'expérience associée à la situation de bipolarité et, par le fait même,

l'émergence d'un rapport à la maladie. La situation de bipolarité vient questionner le rapport à soi et au monde de l'individu concerné, suscitant un travail réflexif qui, dans le temps, participe au travail d'appropriation subjective de la situation de bipolarité et à la fluctuation du rapport à la maladie. Pour l'individu en situation de bipolarité, le diagnostic se dessine alors comme une occasion – ou est-ce une obligation? – d'entreprendre un important travail sur soi.

En discussion, nous avons attiré l'attention sur la charge cognitive qui semble être associée au diagnostic de bipolarité. Pour ce faire, nous avons recensé la récurrence de la dimension cognitive dans les résultats présentés. Bien que la mobilisation cognitive observée face au diagnostic de bipolarité puisse en partie s'expliquer par des modalités de traitement à teneur psychoéducative, nous avons choisi de l'interpréter sous l'angle d'une socialisation secondaire (Berger et Luckmann, 2012), c'est-à-dire au-delà du seul cadre palliatif associé à la bipolarité. Cette interprétation nous a permis de prêter attention aux enjeux relationnel et identitaire associés au diagnostic de bipolarité. Plus encore, nous avons également proposé que l'engagement cognitif observé face au diagnostic de bipolarité puisse représenter un support pour l'individu contemporain en situation de bipolarité, un support face à l'anxiété existentielle (Martuccelli, 2010) que peut susciter ce diagnostic au temps de l'individuation contemporaine. Ce faisant, nous avons pu situer nos résultats dans le contexte de la configuration contemporaine de l'articulation individu-société abordée en problématique. La charge cognitive observée face au diagnostic de bipolarité, à la fois socialisation secondaire et support existentiel, requiert un important travail de subjectivation. Or, ce travail tout en intériorité ne peut se passer d'un cadre relationnel adéquat. Nous avons suggéré que l'accompagnement réflexif associé au bagage praxéologique du travailleur social puisse être particulièrement adapté au travail identitaire qui attend l'individu en situation de bipolarité. Cela étant dit, nous

avons aussi souligné la dimension cognitive encore une fois associée à cette modalité d'accompagnement devenu le propre du travail social (Le Goff, 2014).

Il convient ici de rappeler certaines limites de la présente étude. Notre corpus, bien que volumineux (967 pages), compile les récits autobiographiques de six individus atteints de bipolarité. Devant ce $n=6$, il est essentiel d'éviter toute généralisation hâtive. Cette limite au niveau de l'ampleur de notre recherche représente toutefois une avenue intéressante pour des recherches connexes. Des résultats semblables à ceux de la présente étude seraient-ils observables face à un échantillon plus nombreux d'individus en situation de bipolarité? Trouverions-nous des résultats semblables chez des Canadiens anglais ou des Américains? Si l'on pense à l'apport de l'édition dans le contenu des récits à l'étude, on peut également se demander si des entrevues semi-dirigées corroboreraient les résultats de la présente étude, si elles étaient conçues avec le même objectif en tête et réalisée auprès de personnes ayant les mêmes caractéristiques sociodémographiques. Finalement, il serait pertinent d'explorer l'effet du diagnostic de bipolarité sur l'individu contemporain à l'intersection du genre et/ou de la racisation.

Malgré les limites de la présente étude, nous croyons que la charge cognitive que nous avons pu observer face au diagnostic de bipolarité représente une avenue de recherche prometteuse pour quiconque s'intéresse à l'effet des diagnostics psychiatriques sur l'individu contemporain. Dans la mesure où le diagnostic de bipolarité représente un diagnostic « bien de son temps », la présente étude invite à investiguer la présence d'une telle charge cognitive chez les individus qui reçoivent d'autres diagnostics psychiatriques afin d'approfondir notre compréhension des implications et répercussions associées à de telles exigences cognitives. D'autant plus qu'à l'heure des modèles spectraux, ce possible poids cognitif associé aux diagnostics psychiatriques risque de devenir un apanage de plus en plus partagé.

BIBLIOGRAPHIE

- Adam, J.-M. et Revaz, F. (1996). *L'analyse des récits*. Paris : Éditions du Seuil.
- Akiskal, H.S., Bourgeois, M.-L., Angst, J., Post, R., Möller, H.-J. et Hirschfeld, R. (2000). Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*, 59(S1), S5-S30. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00203-2](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00203-2)
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Revision). Washington, DC : American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2003). DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4e éd. rév.; J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq, trad.). Paris : Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5th ed.). [Document électronique]. Washington, DC : American Psychiatric Publishing. Récupéré de <https://ebookcentral-proquest-com.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2443/lib/uqam/detail.action?docID=1811753>
- Angst, J. (1998). The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders*, 1998(50), 143-151. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(98\)00142-6](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(98)00142-6)
- Angst, J. (2013). Bipolar disorders in DSM-5. Strengths, problems and perspectives. *International Journal of Bipolar Disorders*, 1(12), 1-3. doi: 10.1186/2194-7511-1-12
- Angst, J., Gamma, A. et Lewinsohn, P. (2002). The evolving epidemiology of bipolar disorder. *World Psychiatry*, 1(3), 146-148. PMC1489851
- Aubry, J.-M. et Weber, B. (2009). Psychoéducation. Dans F. Ferrero et J.-M. Aubry (dir.), *Traitements psychologiques des troubles bipolaires* (p. 67-78). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

- Azorin, J.-M. et Kaladjian, A. (2009). Épidémiologie et classification des troubles bipolaires. Dans F. Ferrero et J.-M. Aubry (dir.), *Traitements psychologiques des troubles bipolaires* (p. 7-22). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Bardin, L. (1991). *L'analyse de contenu* (6^e éd.). Paris : Presses universitaires de France.
- Berger, P. et T. Luckmann. (2012). *La construction sociale de la réalité* (P. Taminiaux et D. Martuccelli, trad.). Paris : Armand Colin. [1966].
- Bommier-Pincemin, B. (1999). *Diffusion ciblée automatique d'informations : conception et mise en œuvre d'une linguistique textuelle pour la caractérisation des destinataires et des documents*, Thèse de doctorat. Paris : Université Paris IV (Sorbonne). Récupéré de http://www.revue-texto.net/Inedits/Pincemin/Pincemin_these.html
- Bourgeois, M.-L. (2014). Dichotomie unipolaire-bipolaire et spectre bipolaire dans les troubles de l'humeur. Dans M.-L. Bourgeois, C. Gay, C. Henry et M. Masson (dir.), *Les troubles bipolaires* (p. 10-16). Paris : Lavoisier.
- Bourgeois, M.-L., Gay, C., Henry, C. et Masson, M. (2014). Avant-propos. Dans M.-L. Bourgeois, C. Gay, C. Henry et M. Masson (dir.), *Les troubles bipolaires* (p. XXXIII-XXXIV). Paris : Lavoisier.
- Collin, J. et Suissa, A. J. (dir.). (2007). Le phénomène de la médicalisation du social : enjeux et pistes d'intervention. [Dossier]. *Nouvelles pratiques sociales*, 19(2), 1-213. Récupéré de <https://www.erudit.org/fr/revues/nps/2007-v19-n2-nps1724/>
- Crocq, M.-A. (2014). Troubles maniaco-dépressifs et bipolaires : historique du concept. Dans M.-L. Bourgeois, C. Gay, C. Henry et M. Masson (dir.), *Les troubles bipolaires* (p. 3-9). Paris : Lavoisier.
- Culver, J. L. et Pratchett, L. C. (2010). Adjunctive psychosocial interventions in the management of bipolar disorders. Dans T. A. Ketter (dir.), *Handbook of Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorders* (p. 661-676). Washington, DC : American Psychiatric Publishing.
- Demailly, L. (2011). *Sociologie des troubles mentaux*. Paris : Éditions La Découverte.

- Demazeux, S. (2013). Le DSM-5, une inquiétude française. *Esprit*, (7), 116-118.
doi: 10.3917/espri.1307.0116
- Desmarais, D. (2009). L'approche autobiographique. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données* (5^e éd.) (p. 361-389). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Dorvil, H. (2006). Prise de médicaments et désinstitutionalisation. Dans J. Collin, M. Otero et L. Morais (dir.), *Le médicament au cœur de la socialité contemporaine. Regards croisés sur un objet complexe* (p. 35-66). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Doucet, M.-C. (2007). *Solitude et sociétés contemporaines*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Doucet, M.-C. (2011a). Problématisation des dimensions psychiques et sociales dans l'intervention, une perspective socioclinique. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 17(1), 150-174.
- Doucet, M.-C. (2011b). Travailler sur soi par le récit, une sociologie de la connaissance subjective. Dans C. Constantopoulou (dir.), *Récits et fictions dans la société contemporaine* (p. 121-150). Paris : L'Harmattan.
- Doucet, M.-C. (2013). Le champ de l'affectivité et la notion de souffrance. Une voie heuristique pour les sciences sociales. Dans N. Moreau et K. Larose-Hébert (dir.), *La souffrance à l'épreuve de la pensée* (p. 41-61). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Doucet, M.-C. (2016). L'individu en travail : du mal-être existentiel à l'aller mieux? Dans L. Demailly et N. Garnoussi (dir.), *Aller Mieux. Approches sociologiques* (p. 49-60). Lille : Presses universitaires du Septentrion.
- Doucet, M.-C. (2017). L'institution de soi. Style de vie et épreuve sociale. Dans M. Otero (dir.), *L'institution éventrée. De la socialisation à l'individuation* (p. 73-92). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Douville, O. (2013). Éditorial. Des troubles de l'humeur à la raison mélancolique. Dans O. Douville (dir.), *Le « bipolaire » et la psychanalyse* (p. 9-12). Toulouse : Éditions Érès.
- Dubet, F. (1994). *Sociologie de l'expérience*. Paris : Éditions du Seuil.

- Dubet, F. (2007). *L'expérience sociologique*. Paris : Éditions La Découverte.
- Dubois, D., Namian, D., Rivest, M.-P., Moreau, N. (2014). La réception critique du DSM-5 : un univers tout autant social que médical. *Revue québécoise de psychologie*, 35(1), 185-205. Récupéré de https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/FWG/GSC/Publication/1935/47/4059/1/61939/9/F1256056533_35_1_185_205.pdf
- Dujarier, M.-A. (2016). Apports d'une sociologie de l'activité pour comprendre le travail. Dans M.-A. Dujarier, C. Gaudart, A. Gillet et P. Lénéel (dir.), *L'activité en théories. Regards croisés sur le travail* (p. 97-125). Toulouse : Octarès Editions.
- Dupuis, V. et Aubry, J.-M. (2009). Techniques d'auto-apprentissage. Dans F. Ferrero et J.-M. Aubry (dir.), *Traitements psychologiques des troubles bipolaires* (p. 61-65). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Ehrenberg, A. (1995). *L'individu incertain*. Paris: Calmann Lévy.
- Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi*. Paris: Éditions Odile Jacob.
- Ehrenberg, A. (2005). La plainte sans fin. Réflexions sur le couple souffrance psychique/santé mentale. *Cahiers de recherche sociologique*. 41-42, 17-41. doi: 10.7202/1002458ar
- Ehrenberg, A. (2010). *La société du malaise. Le mental et le social*. Paris: Éditions Odile Jacob.
- Frances, A. (2013). *Saving normal : an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the medicalization of ordinary life*. New York, NY : William Morrow.
- Frances, A. (2013). *Sommes-nous tous des malades mentaux? Le normal et le pathologique* (A. Laignel-Lavastine, trad.). Paris: Éditions Odile Jacob.
- Gay, C. (2014). Mesures psychoéducatives. Dans M.-L. Bourgeois, C. Gay, C. Henry et M. Masson (dir.), *Les troubles bipolaires* (p. 493-503). Paris : Lavoisier.
- Ghaemi, S. N. (2013). Bipolar spectrum. A review of the concept and a vision for the future. *Psychiatry Investigation*, 10(3), 218–224. doi: 10.4306/pi.2013.10.3.218
- Godin, C. (2004). *Dictionnaire de philosophie*. Paris: Fayard.

- Goodwin F. K. et Jamison, K. R. (2007). *Manic depressive illness. Bipolar disorders and recurrent depression* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Hadjipavlou, G. et Yatham, L. N. (2009). Bipolar II disorder in context: epidemiology, disability and economic burden. Dans G. Parker (dir.), *Bipolar II disorder. Modelling, measuring and managing* (p. 61-74). Cambridge : Cambridge University Press.
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2014). *Troubles bipolaires: repérage et diagnostic en premier recours*. [Fiche mémo]. Récupéré de https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/troubles_bipolaires_reperage_et_diagnostic_en_premier_recours_-_note_de_cadrage_2014-06-13_10-53-16_714.pdf
- Healy, D. (2008). *Mania. A short history of bipolar disorder*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Heckers, S. (2015). The value of psychiatric diagnoses. *JAMA Psychiatry*, 72(12), 1165-1166. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.2250
- Jamison, K. R. (1995). *An unquiet mind. A memoir of moods and madness*. New York : Vintage Books.
- Jamison, K. R. (2000). *De l'exaltation à la dépression : confession d'une psychiatre maniaco-dépressive* (P. Verguin, trad.). Paris : Laffont. [1995].
- Kirk, S. A. et Kutchins, H. (1992). *The selling of DSM. The rhetoric of science in psychiatry*. Hawthorne, New York: Aldine de Gruyter.
- Kraemer, H. C. (2015). Research domain criteria (RDoC) and the DSM. Two methodological approaches to mental health diagnosis. *JAMA Psychiatry*, 72(12), 1163-1164. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.2134
- Kutchins, H. et Kirk, S. A. (1997). *Making us crazy. DSM: the psychiatric bible and the creation of mental disorder*. New York: Free Press.
- Lahutte, B. (2014). Harmonisation des diagnostics versus inadéquation de l'humeur. *Perspectives Psy*, 53(4), 304-310. doi: 10.1051/ppsy/2014534304
- Larousse. (2018a). Stratégie. *Dictionnaire Larousse*. [En ligne]. Paris : Larousse. Récupéré de <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/strategie/74818>

- Larousse. (2018b). Opinion. *Dictionnaire Larousse*. [En ligne]. Paris : Larousse.
Récupéré de
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/opinion/56197>
- Larousse. (2018c). Réflexion. *Dictionnaire Larousse*. [En ligne]. Paris : Larousse.
Récupéré de
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/réflexion/67482>
- Larousse. (2018d). Interrogation. *Dictionnaire Larousse*. [En ligne]. Paris : Larousse.
Récupéré de
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/interrogation/43831>
- Le Goff, J.-L. (2014). La réflexivité dans les dispositifs d'accompagnement : implication, engagement ou injonction? *¿Interrogations?*, 19. Implication et réflexivité – II. Tenir une double posture. Récupéré de
<http://www.revue-interrogations.org/La-reflexivite-dans-les>
- Lemire Auclair, É. (2013). Les effets du rétablissement comme approche thérapeutique sur les processus de lutte à la stigmatisation de personnes vivant avec un problème de santé mentale. (Mémoire de maîtrise). Montréal : Université du Québec à Montréal. Récupéré de
<https://archipel.uqam.ca/5395/>
- Lindón, A. (2005). Récit autobiographique, reconstruction de l'expérience et fabulation : une approximation à [sic] l'action sociale. *Sociétés*, 87(1), 55-63.
doi: 10.3917/soc.087.0055
- Martin, E. (2009). *Bipolar expeditions. Mania and depression in american culture*. Princeton: Princeton University Press.
- Martuccelli, D. (2002). *Grammaires de l'individu*. Paris : Éditions Gallimard.
- Martuccelli, D. (2006). *Forgé par l'épreuve. L'individu dans la France contemporaine*. Paris : Armand Colin.
- Martuccelli, D. (2009). Qu'est-ce qu'une sociologie de l'individu moderne? Pour quoi, pour qui, comment? *Sociologie et sociétés*, 41(1), 15-33.
doi: 10.7202/037905ar
- Martuccelli, D. (2010). *La société singulariste*. Paris : Armand Colin.

- Martuccelli, D. (2011). Une sociologie de l'existence est-elle possible? *SociologieS*, Théories et recherches. Récupéré de <http://journals.openedition.org/sociologies/3617>
- Martuccelli, D. et Singly, F. (2012). *Les sociologies de l'individu* (2^e éd.). Paris : Armand Colin.
- Masson, M. (2016). *Les troubles bipolaires*. Paris: Presses Universitaires de France.
- M'Bailara, K. et Gay, C. (2014). Familles et troubles bipolaires. Dans M.-L. Bourgeois, C. Gay, C. Henry et M. Masson (dir.), *Les troubles bipolaires* (p. 541-550). Paris : Lavoisier.
- Mead, G. H. (1963). *L'esprit, le soi et la société* (J. Cazeneuve, E. Kaelin et G. Thibault, trad.). Paris : PUF. [1934].
- Miklowitz, D. J. (2007). The role of the family in the course and treatment of bipolar disorder. *Current Directions in Psychological Sciences*, 16(4), 192-196. doi: 10.1111/j.1467-8721.2007.00502.x
- Molénat, X. (2010, janvier). Les sources du moi. Charles Taylor, 1989. *Sciences humaines*. Récupéré de https://www.scienceshumaines.com/les-sources-du-moi-charles-taylor-1989_fr_24678.html
- Moncrieff, J. (2014). The medicalization of « ups and downs ». The marketing of the new bipolar disorder. *Transcultural Psychiatry*, 51(4), 581-598. doi: 10.1177/1363461514530024
- Moreau, N. (2009). *État dépressif et temporalité. Contribution à la sociologie de la santé mentale*. Montréal : Liber.
- Namian, D. (2013). Souffrance de singularités, montée des affectivités et « climatologie politique ». Dans N. Moreau et K. Larose-Hébert (dir.), *La souffrance à l'épreuve de la pensée* (p. 25-39). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Nault, G. et Moreau, N. (2014). « Mis à l'épreuve ». Penser les liens entre troubles dépressifs et société. Dans M.-C. Doucet et N. Moreau (dir.), *Penser les liens entre santé mentale et société. Les voies de la recherche en sciences sociales* (p. 11-26). Québec : Presses de l'Université du Québec.

- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2013). *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*. ISBN 978 92 4 250602 0. Récupéré de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020_fre.pdf?ua=1
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2016, avril). *La santé mentale : renforcer notre action*. Aide-mémoire. Récupéré de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2017, avril). *Troubles mentaux*. Aide-mémoire no 396. Récupéré de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/fr/>
- Otero, M. (2003). *Les règles de l'individualité contemporaine : santé mentale et société*. Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval.
- Otero, M. (2012). *L'Ombre portée. L'individualité à l'épreuve de la dépression*. Montréal : Les Éditions du Boréal.
- Otero, M. (2014). Comment étudier la folie dans la cité? : Spécificité et non-spécificité de la folie civile. Dans M.C. Doucet et N. Moreau (dir.), *Penser les liens entre santé mentale et société : Les voies de la recherche en sciences sociales* (p. 75-116). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Otero, M. (2015). *Les fous dans la cité. Sociologie de la folie contemporaine*. Montréal : Les Éditions du Boréal.
- Otero, M. (2017). Le nouvel esprit de l'institution. De la socialisation à l'individuation. Dans M. Otero, A.-A. Dumais Michaud et R. Paumier (dir.), *L'institution éventrée. De la socialisation à l'individuation* (p. 223-255). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (2^e éd.). Paris : Armand Colin.
- Parker, G. F. (2014). DSM-5 and psychotic and mood disorders. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 42(2) 182-190. Récupéré de <http://jaapl.org/content/jaapl/42/2/182.full.pdf>
- Pearson, C., Janz, T. et Ali, J. (2013). *Mental and substance use disorders in Canada*. [Article]. Catalogue no.82-624-X. ISSN 1925-6493. Statistics Canada. Health Statistics Division. Document .pdf. Récupéré de <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11855-eng.pdf>

- Pichot, P. (1995). The birth of the bipolar disorder. *European Psychiatry*, 1995(10), 1-10. [https://doi.org/10.1016/0767-399X\(96\)80069-1](https://doi.org/10.1016/0767-399X(96)80069-1)
- Quintin, J. (2016). Le rétablissement en santé mentale : la réappropriation de soi. Dans L. Demailly et N. Garnoussi (dir.), *Aller Mieux. Approches sociologiques* (p. 219-228). Lille : Presses universitaires du Septentrion.
- Sévigny, R. (2016). Expérience. Dans J. Barus-Michel, E. Enriquez et A. Lévy (dir.), *Vocabulaire de psychosociologie. Références et positions* (p. 130-135). Toulouse : Éditions Érès. doi: 10.3917/eres.barus.2016.01.0130
- Shorter, E. (2009). Bipolar disorder in historical perspective. Dans G. Parker (dir.), *Bipolar II disorder. Modelling, measuring and managing* (p. 5-14). Cambridge : Cambridge University Press.
- Sicot, F. (2006). La maladie mentale, quel objet pour la sociologie? *Déviance et Société*, 30(2), 203-232. doi: 10.3917/ds.302.0203
- Taylor, C. (1998). *Les sources du moi* (C. Melançon, trad.). Montréal : Les Éditions du Boréal. [1989].
- Tekin, S. (2014). Self-insight in the time of mood disorders. After the diagnosis, beyond the treatment. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 21(2), 139-155. doi: 10.1353/ppp.2014.0019
- Velpry, L. (2008). *Le quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale*. Paris: Armand Colin.
- Weber, B. et Aubry, J.-M. (2009). Dépistage et diagnostic précoce. Dans F. Ferrero et J.-M. Aubry (dir.), *Traitements psychologiques des troubles bipolaires* (p. 23-36). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Widakowich, C., Van Wettere, L., Jurysta, F., Linkowski, P. et Hubain, P. (2013). L'approche dimensionnelle versus l'approche catégorielle dans le diagnostic psychiatrique : aspects historiques et épistémologiques. *Annales Médico-Psychologiques*, 171, 300-305. doi: 10.1016/j.amp.2012.03.013
- Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité. L'espace potentiel* (C. Monod et J.-B. Pontalis, trad.). Paris: Gallimard. [1971].

Yee, C.M., Javitt, D.C. et Miller, G.A. (2015). Replacing DSM categorical analyses with dimensional analyses in psychiatry research. The research domain criteria initiative. *JAMA Psychiatry*, 72(12), 1159-1160.
doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.1900