



Troubles bipolaires et autostigmatisation

En dépit d'une large médiatisation au cours des dernières années, la stigmatisation des personnes souffrant d'un trouble bipolaire est toujours présente. A cela s'ajoute la tendance à s'autostigmatiser, c'est-à-dire à s'approprier les croyances, préjugés et comportements stigmatisants. Les conséquences sont importantes: la honte, la culpabilité, le repli sur soi et le renoncement à mener sa vie selon ses propres valeurs péjorent la qualité de vie et augmentent le risque de rechutes thymiques. L'autostigmatisation est cependant rarement évaluée en pratique clinique et peu de stratégies ont été étudiées pour y faire face. Reconnaître les croyances autostigmatisantes et les questionner pour tenter de les déconstruire sont les premiers fondements de ce vaste défi.

Rev Med Suisse 2015; 11: 1696-701

H. Richard-Lepouriel

Dr Hélène Richard-Lepouriel
Unité des troubles de l'humeur
Service des spécialités psychiatriques
Département de santé mentale
et de psychiatrie
HUG, 1211 Genève 14
helene.richard-lepouriel@hcuge.ch

Bipolar disorders and self-stigma

Despite wide media coverage in recent years, the stigmatization of people with bipolar disorder still exists. Bipolar people also have their own tendency to self-stigmatize that is to integrate their beliefs, prejudices and stigmatizing behaviors. The consequences are important: shame, guilt, withdrawal and renunciation to lead one's own life according to personal values increasing therefore the risk of mood relapses. Self-stigma is rarely assessed in clinical practice and few strategies have been designed to face them efficiently. Recognizing self-stigmatizing beliefs and challenging them are the first steps of this vast endeavour.

Le trouble bipolaire est une affection psychique grave, chronique, se définissant par la succession au cours de la vie d'épisodes dépressifs et d'épisodes maniaques (trouble bipolaire de type 1) ou hypomaniaques (trouble bipolaire de type 2). On estime que le trouble bipolaire, strictement défini selon les classifications internationales actuelles, affecte entre 0,3 et 1,5% des personnes dans le monde,¹ et jusqu'à 8% auraient des troubles appartenant au spectre bipolaire.^{2,3} En plus de la prise en charge psychopharmacologique, essentielle et désormais bien codifiée, le traitement des troubles bipolaires s'enrichit également de programmes de psychoéducation et de psychothérapies spécifiques, efficaces notamment pour la prévention des rechutes. Depuis quelques années, parallèlement à ces avancées thérapeutiques, le trouble bipolaire occupe une place de plus en plus visible dans l'espace public et médiatique, au travers du cinéma, de séries-TV, de témoignages de célébrités ou de biographies de personnages historiques. Si cette médiatisation et cette vulgarisation ont permis de sensibiliser le grand public au trouble bipolaire, il n'en reste pas moins que cette maladie, comme d'autres maladies psychiques telles que la dépression, la schizophrénie ou le trouble de personnalité borderline, est toujours très stigmatisante au sein de nos sociétés. Or, si la «stigmatisation peut paraître invisible, ses effets ne le sont pas. Les personnes atteintes de maladie mentale disent que la stigmatisation peut être pire que la maladie elle-même».⁴ Selon l'OMS, la stigmatisation est l'«obstacle le plus important à surmonter dans la communauté»⁵ pour la prise en charge des maladies mentales. Différentes campagnes de santé publique tentent depuis plusieurs années de déconstruire la stigmatisation publique des maladies psychiques, en s'appuyant notamment sur les médias.⁴ Cependant, les personnes souffrant d'une maladie psychique ont également tendance à s'approprier les stéréotypes liés à leur maladie. Ce phénomène d'autostigmatisation, souvent sous-évalué, a cependant des conséquences toutes aussi délétères que la stigmatisation publique elle-même, sur le fonctionnement et la qualité de vie des patients. En pratique clinique quotidienne, comprendre, évaluer et lutter contre l'autostigmatisation,



représente donc un enjeu essentiel dans la prise en charge des patients.

STIGMATISATION PUBLIQUE ET AUTOSTIGMATISATION

La stigmatisation publique est une forme de construction sociale indiquant une marque distinctive à laquelle est attribué un caractère socialement honteux (tare) et qui, simultanément, exprime une identité sociale (taré). Les autres qualités sociales passent alors au second plan. Goffman décrit trois formes de stigmatisation:⁶

1. les «déformations» externes, visibles telles les cicatrices, les infirmités physiques, l'obésité;
2. les déviations de traits personnels, incluant troubles mentaux et antécédents criminels;
3. les groupes ethniques, les nationalités et les religions perçus comme hors normes sociales.

Dans le domaine de la maladie mentale, les perceptions culturelles et sociétales représentent celle-ci comme une menace tangible pour la communauté car elle engendre deux peurs: la peur du danger potentiel et immédiat d'être agressé et la peur que nous puissions tous perdre l'esprit. De plus, l'image stéréotypée du malade mental étant celle d'une personne faible, inadaptée, parfois dangereuse, incapable de s'intégrer, la maladie mentale est aussi ressentie comme une menace symbolique pour les idées et le système de valeurs que des individus ont en commun.⁷⁻⁹

Thornicroft¹⁰ précise que la stigmatisation s'articule autour de trois notions:

1. les stéréotypes: caractérisation symbolique et schématique portée par une communauté au sujet d'un groupe d'individus. Les stéréotypes se construisent sur des attentes et des jugements préconçus, erronés, simplifiant souvent des problématiques complexes. La communauté a alors tendance à généraliser et/ou anticiper le comportement d'un individu selon les stéréotypes définissant le groupe auquel il appartient.¹¹
2. Les préjudices: réactions émotionnelles négatives telles que le dégoût, la colère ou la peur,¹² conséquences directes des stéréotypes.
3. La discrimination: réactions comportementales découlant des préjudices.¹³

Ainsi, les enjeux du dévoilement de la maladie psychique sont importants: si un patient mentionne sa maladie au cours d'une discussion (par exemple, entretien d'embauche), il doit affronter de la part de ses interlocuteurs des préjudices (par exemple, crainte, dégoût), voire des discriminations (par exemple, refus d'embauche), ceci même en l'absence de tout symptôme psychique.^{13,14}

Par ailleurs, au-delà de la stigmatisation publique, les personnes souffrant d'une maladie psychique ont tendance à s'autostigmatiser, c'est-à-dire qu'elles «intègrent des attitudes négatives à l'égard de leur propre condition – concluant ainsi qu'elles ne sont pas dignes d'être bien traitées. Elles en viennent à s'attendre au rejet et l'acceptent. En réaction, elles créent des stratégies d'adaptation qui comprennent souvent l'isolement et le repli sur soi». ¹⁵ L'autostigmatisation peut avoir un effet particulièrement néfaste dans une période de construction de l'identité, ou de crise

identitaire⁸ et aboutir à une forme d'impuissance apprise, l'effet «pourquoi essayer?» (figure 1).¹⁶

AUTOSTIGMATISATION ET TROUBLE BIPOLAIRE

L'autostigmatisation est un phénomène très répandu chez les personnes souffrant d'un trouble bipolaire, quoique encore probablement sous-évalué. Certains auteurs estiment que l'autostigmatisation pour le trouble bipolaire est aussi importante que pour la schizophrénie,^{17,18} avec de nombreuses conséquences sur le fonctionnement quotidien et la qualité de vie des patients.

D'un point de vue clinique, l'autostigmatisation péjore considérablement l'évolution du trouble bipolaire. En effet, de hauts niveaux d'autostigmatisation sont associés à plus de rechutes, des symptômes plus intenses, des hospitalisations plus fréquentes, un retard à la mise en place d'un traitement et une moins bonne observance.¹⁴ Notons par ailleurs que l'anxiété sociale est l'une des comorbidités les plus fréquentes dans le trouble bipolaire,^{19,20} sans hypothèse génétique claire pour soutenir ce constat.²¹ Selon certains auteurs, l'anxiété sociale chez les patients souffrant d'un trouble bipolaire serait la conséquence directe de l'autostigmatisation et des sentiments chroniques de honte et de baisse de l'estime de soi qu'elle engendre, y compris chez des patients euthymiques et stabilisés depuis plusieurs années.^{14,22,23} Enfin, si une bonne alliance thérapeutique est corrélée à des symptômes moins sévères,²⁴ elle est insuffisante pour l'amélioration du vécu d'autostigmatisation,²⁵ ce qui illustre toute la complexité des liens entre stigma, symptômes, adhésion au traitement et prise en charge de la maladie.²⁶

Au niveau des relations interpersonnelles, plusieurs études^{27,28} ont montré que pour ces patients, plus le vécu d'autostigmatisation est fort, plus le handicap fonctionnel quotidien est élevé, notamment dans les relations amicales, sociales et affectives, menant à la désocialisation et au retrait. Si certains auteurs estiment que le fonctionnement familial semble moins impacté par le vécu d'autostig-

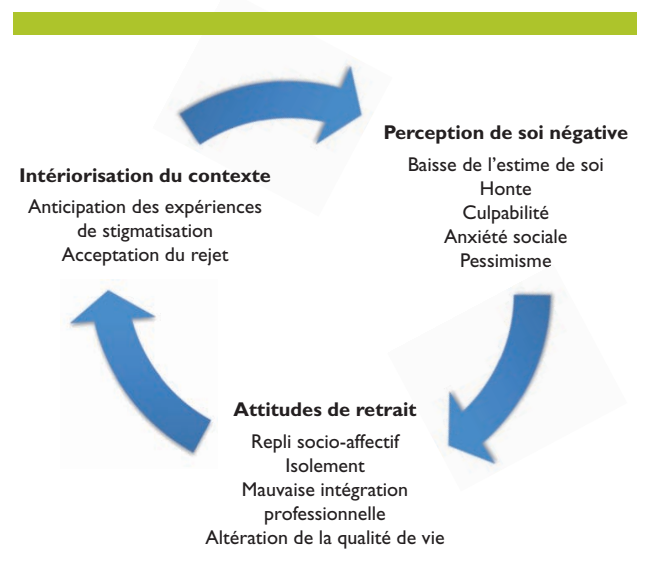


Figure 1. Principes de l'autostigmatisation



matisation²⁹ que pour d'autres troubles psychiques, il faut cependant noter que lorsque le diagnostic est annoncé, l'une des premières préoccupations des patients est la réaction de leurs proches, famille et amis. Lorsque le patient se sent fautif, coupable d'être malade et que cette perception est également partagée par l'entourage, les symptômes thymiques sont plus intenses et le fonctionnement hors du cercle familial est plus altéré.¹⁴ Cette dynamique doit nous inciter à rencontrer les proches le plus tôt possible lorsque le diagnostic de trouble bipolaire est posé, et à les associer plus étroitement à la prise en charge de nos patients, au-delà de la dimension symptomatique de la maladie. L'autostigmatisation peut également influencer les patients dans des choix aussi importants qu'avoir des enfants, fonder une famille, les patients s'autocensurant dans leurs projets de vie.³⁰

L'autostigmatisation a également des conséquences importantes dans la sphère professionnelle. Les personnes souffrant d'un trouble bipolaire ont un taux d'activité professionnelle plus bas que la population générale.³¹ Ce fort taux d'inactivité dépasse largement la simple question de la symptomatologie clinique, notamment pour des personnes euthymiques et stabilisées.³² En revanche, les expériences de stigmatisation au travail vécues et/ou anticipées et l'autostigmatisation entravent leur volonté de postuler à des offres d'emploi ou d'accepter des postes à responsabilité. Lorsqu'elles travaillent, ces personnes occupent souvent des postes sous-qualifiés par rapport à leur niveau de formation et à leurs compétences. L'inactivité professionnelle engendre également une plus grande précarité financière. Par ailleurs, les patients qui ne travaillent pas se définissent quasi exclusivement au travers de leur identité de malade, ne côtoient plus que des personnes malades, et se retrouvent en marge de la société, ce qui renforce alors l'autostigmatisation et les attitudes de retrait.¹⁴

QUE FAIRE EN PRATIQUE CLINIQUE QUOTIDIENNE ?

Au-delà de l'évaluation symptomatique et de l'ajustement des traitements pharmacologiques, apprécier la façon dont les personnes se représentent leur maladie, quelles en sont les répercussions quotidiennes, questionner les vécus de stigmatisation, identifier les croyances d'autostigmatisation et les comportements qui en découlent représente une dimension essentielle dans la prise en charge des patients, notamment pour ceux qui sont euthymiques et stabilisés. Une attitude proactive des soignants est nécessaire car peu de patients identifient spontanément l'autostigmatisation et ses conséquences quotidiennes «à bas bruit» ou osent en parler à leurs soignants.

Plusieurs programmes associant la psychoéducation, la thérapie cognitive ou les techniques de restructuration cognitive et de réécriture narrative³³⁻³⁵ ont montré une baisse de l'autostigmatisation pour des personnes souffrant de schizophrénie ou de troubles en lien avec la consommation de substances. Cependant, aucune de ces études ne s'est intéressée spécifiquement aux personnes souffrant d'un trouble bipolaire. Seule une étude menée en 2014 a mis en place un programme plus spécifique pour les personnes

souffrant d'un trouble bipolaire, axé sur la connaissance et les apprentissages d'outils de gestion de l'autostigmatisation, associé à un programme de psychoéducation sur le trouble bipolaire.³⁶ Dans cette étude, la gestion de l'autostigmatisation s'appuie sur des techniques de restructuration cognitive telles que reconnaître les pensées d'autostigmatisation, mettre en place des pensées alternatives positives, s'exprimer en utilisant des expressions ou des métaphores à tonalité positive, par exemple, tout en s'appuyant sur le soutien et l'expérience des autres participants du groupe. La majorité des personnes, toutes euthymiques, ont identifié leur sentiment de culpabilité, d'incompétence, de solitude, de désespoir, de colère, de manque de confiance en soi (autopréjudices), avec pour conséquences le refus d'un travail, d'une demande en mariage, le repli à la maison, le refus de parler à des inconnus, l'incapacité à faire de nouvelles rencontres (autodiscrimination). Les techniques de restructuration cognitive sont enseignées mais non mises en pratique avec des thérapeutes. A la fin de cette étude, les personnes ont une meilleure perception de l'autostigmatisation et/ou moins d'appropriation ou d'approbation des stéréotypes. En revanche, l'item «résistance contre la stigmatisation» n'est pas amélioré. Avoir une bonne connaissance des mécanismes de stigmatisation et d'autostigmatisation et de leurs conséquences dans la vie quotidienne semble donc être une première piste efficace, mais insuffisante, pour la prise en charge de l'autostigmatisation.

Les approches basées sur la pleine-conscience (*Acceptance and Commitment Therapy* – ACT,³⁷ *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* – MBCT),³⁸ qui augmentent l'autocompassion, l'observation sans jugement des expériences vécues et qui réduisent les réactions émotionnelles automatiques et dysfonctionnelles permettraient aux patients d'acquérir des outils pour gérer leurs croyances et émotions négatives en lien avec l'autostigmatisation.¹⁴ Une étude a montré des résultats positifs auprès de personnes ayant des problèmes de consommation de substances³⁹ mais aucune n'a encore confirmé ces constats empiriques pour le trouble bipolaire.

Depuis de nombreuses années, le concept de rétablissement a émergé dans la prise en charge de la schizophrénie.⁴⁰ Le rétablissement est un processus par lequel le patient réajuste ses attitudes, sentiments, perceptions et buts dans la vie, dans un contexte de découverte personnelle, de renouveau, de transformation. Pour lutter contre l'autostigmatisation, il faudrait accompagner plus précisément les personnes souffrant d'un trouble bipolaire vers une culture du rétablissement fondée sur l'espoir et l'autodétermination (tableau 1).⁴¹

CONCLUSION

L'autostigmatisation des personnes souffrant d'un trouble bipolaire est une problématique sous-évaluée, aux conséquences pourtant importantes en termes de stabilité thymique et au-delà pour leurs qualité de vie et capacité à mener leur existence telle qu'elles le souhaitent, selon leurs croyances et valeurs. Contrairement à la schizophrénie, peu d'outils ont déjà été évalués pour lutter contre



Tableau 1. Quelques pistes de réflexion pour faire face à l'autostigmatisation

(Adapté de réf. 41).

Croire en soi	Mener vos projets, vivre votre vie pleinement selon vos convictions, vos valeurs, vos croyances. La bipolarité n'est pas une identité
Se connaître	Savoir quels sont les traitements qui fonctionnent le mieux pour vous, quels sont pour vous les signes précurseurs d'une rechute, quelles sont vos stratégies d'adaptation
S'assumer	Faire le nécessaire pour garder une humeur stable (traitement, hygiène de vie, etc.)
Se défendre	Faire valoir vos droits au niveau social, professionnel, médical, etc.
Recevoir et donner du soutien	Expliquer à vos proches de quelle façon ils peuvent vous aider. Reconnaître aussi la valeur de ce que vous avez à offrir aux autres

l'autostigmatisation dans le trouble bipolaire. Cependant, permettre aux personnes de repérer les croyances et comportements d'autostigmatisation et les accompagner dans la mise à distance de ces croyances au profit de projets et

perspectives positives personnelles représentent déjà une première étape. Sortir de la honte, du repli et de l'impuissance apprise, de l'effet «pourquoi essayer?»¹⁶ au profit du «et pourquoi pas?», pour finalement peut-être considérer l'expérience même de la maladie comme une identité sociale positive.⁴²

L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Implications pratiques

- L'autostigmatisation des personnes souffrant d'un trouble bipolaire est très rarement évaluée, contrairement à d'autres troubles psychiques tels que la schizophrénie
- L'autostigmatisation a des conséquences importantes tant sur l'évolution du trouble bipolaire et le risque de rechute que sur la qualité de vie des personnes
- Reconnaître les croyances autostigmatisantes, les questionner pour tenter de les déconstruire sont les premières étapes pour faire face à l'autostigmatisation dans le trouble bipolaire

Bibliographie

- 1 Pini S, de Queiroz V, Pagnin D, et al. Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005;15:425-34.
- 2 Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J Affect Disord* 1998;50:143-51.
- 3 Angst J. The bipolar spectrum. *Br J Psychiatry* 2007; 190:189-91.
- 4 Société pour les troubles bipolaires du Canada. Campagne contre la stigmatisation: elle prend toute la place (online). www.troubleshumeur.ca/index.php, consulté le 9 juillet 2015.
- 5 Organisation mondiale de la santé. Département santé mentale et toxicomanies. Déterminants de la santé mentale et populations. Atlas: ressources consacrées à la santé mentale dans le monde 2001. Genève: Organisation mondiale de la santé, 2001.
- 6 Goffman E. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliff, NJ: Prentice Hall, 1963.
- 7 Arboleda-Floréz J. Stigmatisation et violations des droits de la personne, (en ligne). Santé mentale: les ministres appellent à l'action. (Tables rondes ministérielles 2001. 54^e Assemblée mondiale de la santé), 2001. www.who.int/mental_health/advocacy/en/Etat_des_connaissances_II.pdf, consulté le 8 juillet 2015.
- 8 ** Bonsack C. Le désavantage social des troubles mentaux: épidémie, invalidation ou stigmatisation. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 2014;165:234-9.
- 9 Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 2002;1:16-20.
- 10 Thornicroft G, Rose D, Kassam A, et al. Stigma: Ignorance, prejudice or discrimination? *Br J Psychiatry* 2007;190:192-3.
- 11 Hamilton DL, Sherman JW. Stereotypes. In: Wyers RS, Srull TK, editors. *Handbook of social cognition*, Vol. 1: Basic Processes; Vol. 2: Applications. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associated, 1994;1-68.
- 12 Eagly AH, Chaiken S. *The social psychology of attitudes*. Fort Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich, 1993.
- 13 Corrigan PW, River LP, Lundin RK, et al. Stigmatizing attributions about mental illness. *J Community Psychol* 2000;28:91-102.
- 14 ** Levy B, Tsoy E, Brodt M, et al. Stigma, social anxiety, and illness severity in bipolar disorder: Implications for treatment. *Ann Clin Psychiatry* 2015;27:55-64.
- 15 Samson E. Passons à l'action: lutte contre la stigmatisation et la discrimination: rapport présenté à la Commission de la santé mentale du Canada par Neasa Martine et Valérie Johnston de Neasa Martin & Associates: résumé. *Le partenaire* 2009;18:18-22.
- 16 Corrigan PW, Larson JE, Rusch N. Self-stigma and the «why try» effect: Impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry* 2009;8:75-81.
- 17 Andrews B, Qian M, Valentine JD. Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *Br J Clin Psychol* 2002;41: 29-42.
- 18 Sarisoy G, Kacar OF, Pazvantoglu O, et al. Internalized stigma and intimate relations in bipolar and schizophrenic patients: A comparative study. *Compr Psychiatry* 2013;54:665-72.
- 19 Graystone HJ, Garner MJ, Baldwin DS. Social anxiety symptoms across diagnoses among outpatients attending a tertiary care mood and anxiety disorders service. *J Affect Disord* 2009;114:305-9.
- 20 Simon NM, Otto MW, Wisniewski SR, et al. Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: Data from the first 500 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry* 2004;161:2222-9.
- 21 Serretti A, Olgiati P, Colombo C. Components of self-esteem in affective patients and non-psychiatric controls. *J Affect Disord* 2005;88:93-8.
- 22 Aydemir O, Akkaya C. Association of social anxiety with stigmatisation and low self-esteem in remitted bipolar patients. *Acta Neuropsychiatr* 2011;23:224-8.
- 23 Brohan E, Gaudi D, Sartorius N, et al. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: The GAMIAN-Europe study. *J Affect Disord* 2011;129:56-63.
- 24 Strauss JL, Johnson SL. Role of treatment alliance in the clinical management of bipolar disorder: Stronger alliances prospectively predict fewer manic symptoms. *Psychiatry Res* 2006;145:215-23.
- 25 Kondrat DC, Early TJ. An exploration of the working alliance in mental health case management. *Soc Work Res* 2010;34:201-11.
- 26 * Hawke LD, Parikh SV, Michalak EE. Stigma and bipolar disorder: A review of the literature. *J Affect Disord* 2013;150:181-91.
- 27 Cerit C, Filizer A, Tural U, et al. Stigma: A core factor on predicting functionality in bipolar disorder. *Compr Psychiatry* 2012;53:484-9.
- 28 Hayward P, Wong G, Bright JA, et al. Stigma and self-esteem in manic depression: An exploratory study. *J Affect Disord* 2002;69:61-7.
- 29 Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF, et al. Stigma as a barrier to recovery: Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatr Serv* 2001;52:1627-32.
- 30 Meiser B, Mitchell PB, Kasparian NA, et al. Attitudes towards childbearing, causal attributions for bipolar disorder and psychological distress: A study of families with multiple cases of bipolar disorder. *Psychol Med* 2007;37:1601-11.
- 31 Kessler RC, Akiskal HS, Ames M, et al. Prevalence



and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. *Am J Psychiatry* 2006;163:1561-8.

32 Michalak EE, Yatham LN, Maxwell V, et al. The impact of bipolar disorder upon work functioning: A qualitative analysis. *Bipolar Disord* 2007;9:126-43.

33 Larson JE, Corrigan PW. Psychotherapy for self-stigma among rural clients. *J Clin Psychol* 2010;66:524-36.

34 MacInnes DL, Lewis M. The evaluation of a short group programme to reduce self-stigma in people with serious and enduring mental health problems. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2008;15:59-65.

35 Yanos PT, Roe D, Lysaker PH. Narrative enhancement and cognitive therapy: A new group-based treat-

ment for internalized stigma among persons with severe mental illness. *Int J Group Psychother* 2011;61:577-95.

36 Cuhadar D, Cam MO. Effectiveness of psychoeducation in reducing internalized stigmatization in patients with bipolar disorder. *Arch Psychiatr Nurs* 2014;28:62-6.

37 Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: An experimental approach to behavior change. New York: Guilford Press, 1999.

38 Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press, 2002.

39 Luoma JB, Kohlenberg BS, Hayes SC, et al. Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. *Addict Res Theory* 2008;16:

149-65.

40 Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: Towards an empirically validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry* 2003;37:586-94.

41 Greacen T, Jouet E. Rétablissement et inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique: le projet EMILIA. *Inf Psychiatr* 2013;89:359-64.

42 Michalak E, Livingston JD, Hole R, et al. «It's something that I manage but it is not who I am»: Reflections on internalized stigma in individuals with bipolar disorder. *Chronic Illn* 2011;7:209-24.

* **à lire**

** **à lire absolument**