

Que changent les " entendeurs de voix " à l'écoute des hallucinations ? II : Recherches sur l'entente de voix

Renaud Evrard, Pascal Le Malefan

▶ **To cite this version:**

Renaud Evrard, Pascal Le Malefan. Que changent les " entendeurs de voix " à l'écoute des hallucinations ? II : Recherches sur l'entente de voix. Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, 2013, 171 (9), pp.629-634. 10.1016/j.amp.2013.05.028 . halshs-02137202

HAL Id: halshs-02137202
https://shs.hal.science/halshs-02137202

Submitted on 22 May 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Que changent les « entendeurs de voix » à l'écoute des hallucinations ? II : Recherches sur l'entente de voix

Renaud Evrard & Pascal Le Maléfan

Résumé :
Plusieurs études ont montré la prévalence élevée de vécus d'hallucinations acoustico-verbales (des « voix ») chez des individus qui ne sont pas suivis psychiatriquement et n'en ont fréquemment pas le besoin. A partir des années 1980 s'est constitué un mouvement devenu international – les « entendeurs de voix » – venant relativiser mais aussi féconder le savoir clinique sur l'écoute des hallucinations. Cet article propose de questionner certains aspects du débat sur les « entendeurs de voix » en l'inscrivant plus largement dans les modèles contemporains tentant de rendre compte des « expériences réputées psychotiques » ou « expériences exceptionnelles ». Une brève revue de littérature sur ces vécus vient comparer des recherches psychiatriques, psychanalytiques et d'autres études plus spécialisées sur « l'entente de voix ». Il en ressort que les « entendeurs de voix » viennent inverser les préjugés courants, en orientant vers une prise en charge des expériences réputées psychotiques comme s'il s'agissait de manifestations névrotiques.

Mots-clefs : entendeurs de voix – continuum psychotique – expériences exceptionnelles – psychiatrie sociale – croyances – clinique différentielle

Abstract:
Several studies have shown the high prevalence of experiences of acoustic-verbal hallucinations (so-called "voices") in non-psychiatric individuals. From the 1980s was constituted a international movement – the "voice hearers" – who relativize but also fertilize the clinical knowledge on the listening of hallucinations. This paper proposes to introduce the somewhat symbolic genesis of this movement and how it leads to reconsider the treatment of hallucinations and even their very definition. This paper proposes to question some of aspects of the debate on "voice hearers" when integrating it within the broader contemporary models attempting to account for "psychotic-like experiences" or "exceptional experiences". A brief review of literature on these experiences help to compare psychiatric, psychoanalytic and more specialized researches on "voice-hearing". It shows that "voice-hearers" introduce a reversal of some classical prejudices, in moving towards a treatment of psychotic-like experiences as if they were neurotic expressions.

Key-words : voice-hearers – psychotic continuum – exceptional experiences – social psychiatry – beliefs – differential clinical practice

Cet article n'est qu'une courte intrusion dans le vaste débat qui entoure le mouvement des « entendeurs de voix » [35]. Nous abordons d'abord la réponse à certains arguments classiques pour justifier le refus d'écouter les voix des patients. Puis nous abordons certaines recherches psychiatriques, le point de vue psychanalytique et les études dans la mouvance de Romme et Escher, afin de mettre en évidence ce que les entrechoquements entre ces paradigmes enseignent sur l'écoute des hallucinations.

1. Les arguments classiques

Dans leur revue de littérature sur la vision classique des hallucinations auditives, Romme et Escher [43] montrent que celles-ci sont restées décrites comme un symptôme psychiatrique. Dans ce cadre, prêter attention au contenu de ces voix ne pouvait qu'aggraver la déconnexion d'avec la réalité. A ce constat traditionnel, les chercheurs opposent trois arguments :

1. Le premier vient des données épidémiologiques, déjà évoquées, montrant, depuis Sidgwick et al. [45] jusqu'à Tien [46], que 2 à 4 % de la population générale vivait des expériences d'hallucinations auditives, dont 1/3 qui fait appel au circuit médico-psychologique [21]. Posey et Losch [41] voulurent tester la théorie de Jaynes [27] en vérifiant si les hallucinations verbales se manifestaient chez tout à chacun. Chez 375 étudiants, ils trouvèrent que 70 % d'entre eux témoignaient de brèves hallucinations verbales en plein éveil. 39 % dirent avoir entendu leurs propres pensées comme si elles avaient été prononcées à haute voix (un symptôme de premier rang selon Schneider) ; 36 % entendirent une voix les appelant par leur nom alors qu'ils étaient seuls. Un échantillon de ces étudiants passa un test de personnalité qui ne révéla aucune forme de troubles mentaux.

Après cette première étude importante, d'autres études avec des étudiants en milieu universitaire entre 1992 et 2005 trouvèrent que 11 à 37 % des sondés reconnaissaient avoir déjà entendu une voix dire leurs pensées à voix haute ([1], p. 63-64), sans que ces chiffres ne soient influencés par la conformité sociale, la prise de substances ou une psychopathologie déclarée. Un récent sondage par Internet confirme que l'expérience de l'hallucination verbale décrit un continuum dans la population générale sans que cette expérience soit systématiquement liée avec de la détresse [30]. Le taux de prévalence des hallucinations auditives doublerait encore avec les enfants et les adolescents ([1], p. 69-71).

2. Un deuxième argument est l'*aspect trans-nosographique* des hallucinations verbales, puisqu'elles sont présentes dans plusieurs pathologies psychiatriques et non-psychiatriques, mais sont également fréquentes chez des sujets sains placés dans certains environnements particuliers [3]. « Les hallucinations peuvent se présenter dans de nombreux troubles cliniques différents et, par conséquent, manquent de spécificité diagnostique » ([1], p. 88). L'association catégorique de l'hallucination avec la psychose est ainsi mise à mal.

3. Le troisième argument porte sur le fait que des figures intellectuelles ou religieuses hautement considérées ont vécu des hallucinations verbales, ce qui vient montrer, en faisant jouer une sorte d'argument d'autorité, la compatibilité entre l'acceptation des voix et un fonctionnement intellectuel de haut niveau ou une grande destinée. Le vice devient vertu par un changement de perspective.

L'argument des « grands entendeurs » n'est pas un argument scientifique ou clinique au même titre que les autres, mais plutôt d'un référentiel d'arrière-plan consolidant une identité imaginaire. Dans la littérature sur les entendeurs de voix, il est courant de lire des affirmations telles que « Pythagore était un entendeur de voix, et Socrate entendait un démon que personne d'autre n'entendait, et ce démon guidait ses actions » ([31], p. 1). Jeanne d'Arc sert de couverture aux livres phares de Romme & Escher [43,44]. Les chercheurs travaillant sur les entendeurs de voix sont amenés à revisiter ces débats classiques de la psychiatrie du XIXe et début du XXe siècles avec plus ou moins de réussite.
Ainsi, Jeanne d'Arc fut qualifiée de « monomane triste » par Brierre de Boismont [10,11], mais plusieurs rechignent à réduire le personnage à ses hallucinations. Il est certain que son destin a marqué l'Histoire, et que, bien que cela reste énigmatique, ses voix lui auraient délivré des informations véridiques qu'elle n'aurait pas pu connaître autrement. Mais, comme le montre l'analyse de Brémaud [8], utilisant la grille de lecture de Maleval, l'héroïne semble avoir une *structure psychotique* indépendamment du fait qu'elle entende des voix et qu'elle s'accomplisse dans sa quête politique et spirituelle. Jeanne d'Arc est-elle un bon exemple pour les entendeurs de voix ? Ne s'agissait-il pas de montrer que les hallucinations auditives ne sont pas systématiquement associées à la psychose ?
Les paradoxes portés par ces figures-clefs des hallucinations verbales soulèvent la question de la surpathologisation de ce phénomène. Quoi qu'il en soit, ce recours à des figures d'autorité ne permet pas d'avancer quant au débat clinique car, sans analyse approfondie des formes d'appropriation de ces hallucinations, aucun critère différentiel ne pourra véritablement émergé [9]. L'évocation des grands entendeurs participent néanmoins d'une déstigmatisation du phénomène en marquant facilement les esprits. Elle invite à espérer que, puisque notre rapport à ces expériences n'a pas toujours été le même, il est possible qu'il se modifie à nouveau.

2. Les recherches psychiatriques

De nos jours, environ un tiers des gens qui entendent des voix reçoivent un soin psychiatrique ou un traitement antipsychotique. Leurs expériences sont interprétées dans un cadre médical comme des symptômes de maladies mentales graves. Ce cadre s'oppose à toute exploration du contenu des voix autre que celle jugée importante pour l'établissement du diagnostic. Jaspers [26], dans sa *Psychopathologie générale*, mettait ainsi en garde contre toute recherche de significations dans les hallucinations acoustico-verbales des schizophrènes, dans laquelle il voyait l'application injustifiée d'un travail possible avec les croyances des gens sains et des hystériques sur une maladie foncièrement biologique de délires incorrigibles.
De fait, les psychiatres ne sont généralement intéressés qu'à un petit nombre de caractéristiques des voix, celles décrites par Schneider comme la manifestation de symptômes de premier rang. La classification la plus employée au niveau international, la CIM-10, ne s'informe que sur onze des aspects des hallucinations[1]. Une fois ces informations récoltées, selon Leudar et Thomas ([31], p. 113-114), le psychiatre n'a plus de raison de discuter avec son patient de ses expériences. Les voix ne deviennent que des épiphénomènes secondaires de processus biologiques considérés comme plus importants. Le patient est encouragé à les

[1] Ces onze aspects sont : présence/absence d'hallucinations ; hallucinations non-verbales ; fréquence des hallucinations acoustico-verbales ; durée des énoncés ; qualité de l'hallucination verbale ; hallucinations internes (voix intérieures) ; voix commentant les pensées ou les actions ; hallucinations auditives à la seconde ou troisième personne ; caractéristiques spéciales des hallucinations auditives ; compréhension des hallucinations auditives ; proéminence des hallucinations auditives.

ignorer lui-même. Le travail de Romme et Escher vise précisément à contrer cette vision dominante en psychiatrie en cessant de freiner l'exploration psychologique (et spirituelle...) des voix.
Jaspers, tout comme Esquirol, Kraepelin et Bleuler ([1], p. 33) reconnaissaient pourtant que les voix pouvaient jouer un rôle adaptatif pour leurs patients. Pourquoi donc les traiter comme des phénomènes parasites ?
Miller et al. [36] ont mené une étude auprès de 50 patients ayant des hallucinations chroniques et trouvèrent que la majorité d'entre eux (52 %) avait une attitude positive vis-à-vis de leurs voix, sans que cela ne soit corrélé à leur diagnostic, à la durée de leur maladie, au temps passé à l'hôpital, au traitement suivi ou à d'autres données biographiques. Les voix pouvaient les apaiser, leur tenir compagnie ou encore améliorer leur vision d'eux-mêmes. 20 % des patients ne voulaient pas que ces voix disparaissent (Pour une revue des études plus récentes confirmant que certains patients perçoivent leurs voix positivement, cf. [1], p. 35).
L'étude de Jones, Guy et Ormrod [28] tenta de voir ce qui soutenait de telles attitudes positives envers les voix. Ils firent passer un questionnaire à 20 entendeurs de voix dont 9 qui n'avaient jamais consulté pour leurs voix. Ceux-ci devaient identifier avec quelles affirmations tirées des perspectives bio-médicales, psychologiques et spirituelles, ils s'accordaient le plus. L'analyse factorielle dégagea un facteur majeur, expliquant 26,8 % de la variance, que les chercheurs nommèrent « la perspective spirituelle positive », représentée par des affirmations telles que « les entendeurs de voix entrent en contact avec un plan spirituel différent » ou « les entendeurs de voix sont des voyants ou ont un sixième sens ». C'est à nouveau l'interprétation paranormale/spirituelle qui semble être un facteur favorisant l'acceptation de ces expériences.

3. Le point de vue psychanalytique

Même si certains contributeurs aux travaux sur les entendeurs de voix (par exemple, [16]) semblent favorables à un diagnostic différentiel des hallucinations hystériques ou dissociatives *vs* les hallucinations psychotiques ou schizophréniques, en s'appuyant notamment sur la redécouverte anglo-saxonne des travaux de Janet, ils ne semblent pas posséder les outils permettant ce diagnostic différentiel. En fait, ils ignorent la tradition clinique européenne, dont l'actualité de l'œuvre d'Henri Ey [37], et ils se méprennent sur les conceptions des hallucinations verbales de Freud et encore davantage sur celles de Lacan [39]. Celles-ci sont rangées dans le discours psychiatrique classique qui associe systématiquement hallucination et psychose. La seule approche psychodynamique considérée est celle de Jung dont l'interprétation des hallucinations verbales comme manifestations d'archétypes issus de l'inconscient collectif offre une trame explicative large avec laquelle un bricolage théorique est possible.
Le fait est que l'hallucination verbale est pour Lacan [29] la « forme la plus caractéristique du phénomène élémentaire » de la structure psychotique. En avançant cela, Lacan ne ferme pas la porte à un usage positif de ces hallucinations par le sujet. Il propose même de concevoir les hallucinations verbales comme autant de petits écriteaux balisant la route du sujet psychotique – qui se situe hors de la grand-route « socialisante » de l'Œdipe – lui donnant dès lors une « direction » qui lui permet d'ordonner quelque peu son monde.
Mais en assimilant les hallucinations verbales aux manifestations élémentaires de la psychose, simplement en mettant l'accent sur leur caractère xénopathique [7], l'approche lacanienne participe effectivement de la stigmatisation des entendeurs de voix. Si elle n'est pas associée avec une clinique différentielle des hallucinations névrotiques [33], la conception lacanienne

implose comme les autres théories face aux données sur la prévalence de ces expériences dans la population générale et à leur forte tendance, constatée de James [25] à Bentall [4], à se présenter comme xénopathique de prime abord.

4. Les recherches de Romme et Escher

S'appuyant sur une enquête auprès de 450 personnes qui avaient répondu à l'appel lancé à la télévision, Romme et Escher [42] ont soutenu qu'il existait un processus d'adaptation aux hallucinations. Les nombreuses stratégies d'ajustement (de *coping*) mises en place étaient souvent personnalisées, mais les personnes traversaient les mêmes phases :

a) Phase de surprise : un début habituellement soudain, d'abord vécu dans l'effroi.
b) Phase d'organisation : un processus de sélection et de communication avec les voix.
c) Phase de stabilisation : une période durant laquelle sont développés des moyens plus consistants de « faire avec » les voix sur le long cours.

Approximativement les deux tiers des personnes interrogées se décrivaient comme ayant des difficultés pour s'en sortir avec leurs voix, tandis qu'un tiers se décrivait comme les supportant bien [42]. Des différences d'attitudes et de croyances purent être mises en évidence entre les groupes d'entendeurs de voix à répercussions positives et à répercussions négatives. Progressivement, les travaux de Romme et Escher ont réussi à faire accepter l'existence d'individus arrivant à composer naturellement avec leurs expériences psychotiques, ce qui a attisé la curiosité de nombreux chercheurs.

Dans une autre étude, Pennings et Romme [40] ont comparé trois groupes : des patients hallucinants diagnostiqués schizophrènes, des patients ayant des troubles dissociatifs et un dernier groupe de personnes qui entendaient des voix mais ne correspondaient pas aux critères officiels de maladies mentales. Remarquablement peu de différences furent enregistrées dans la phénoménologie des hallucinations vécues par les trois groupes. Les trois groupes avaient entendu des voix à la fois positives et négatives, mais la proportion des expériences verbales positives était plus importante chez les non-patients. Et un bien plus grand pourcentage de non-patients que de patients sentaient qu'ils pouvaient contrôler leurs voix et étaient capables de refuser d'obéir à leurs ordres.

Les différences inter-individuelles se situeraient au niveau de l'appréciation (*appraisal*) de l'expérience : ainsi, les interprétations qui diminuaient le plus l'anxiété étaient psychodynamiques (par exemple, les voix étant compris comme des manifestations d'archétypes jungiens), mystiques (les voix témoignaient d'un développement spirituel, d'un élargissement de la conscience) et parapsychologiques (une sensibilité ou un don qu'il faut apprendre à contrôler).[2] Les systèmes d'interprétations les moins efficaces sont ceux qui sortent les voix du champ de contrôle du sujet (par exemple, l'interprétation biomédicale ou démoniaque).

Pour bien comprendre les différentes formes d'intégration de ces expériences hallucinatoires dans la population générale, les chercheurs analysèrent leurs corrélats à différentes périodes de la vie, notamment durant l'enfance et l'adolescence [38]. Avec 80 adolescents entendant des voix suivis sur 3 ans, Escher et al. [17-20] établirent précisément que les facteurs permettant de prédire l'arrêt des hallucinations (qui se produisit dans 60 % des cas) étaient ces interprétations des voix comme plus positives, moins intrusives et moins omnipotentes. Si le sujet développait un stratégie de coping très défensive et passive, c'est signe qu'il était

[2] A partir d'une trentaine d'observations, Heery [24] suggère également une corrélation entre des interprétations parapsychologiques ou spirituelles des voix et des styles de vie plus satisfaisants.

submergé par ses voix et qu'il aurait de fortes chances de développer une dépression. Ainsi, l'interaction avec l'expérience des voix est plus importante que l'expérience de la voix elle-même dans ce qui motive la demande de soin. Ce serait un meilleur indicateur pour la prise en charge clinique que les critères de fréquence ou de contenu qui servent habituellement à établir un diagnostic, ce qui incite à centrer le travail clinique sur les expériences plutôt que sur les diagnostics.

Un critère comme la xénopathie serait resté insensible à ces différences puisque tous les adolescents intégrés dans l'étude percevaient les voix comme extérieures à eux, en particulier au moyen d'interprétations paranormales : don paranormal (39 %), fantôme (20 %), message en provenance d'autres mondes (18 %). Alors que ces adolescents bénéficiaient de soins classiques, seuls 3 % d'entre eux accordaient du crédit à l'explication psychopathologique des voix. On peut noter cependant que ces adolescents trouvaient moins d'intérêt à expliquer leurs expériences que leurs parents, lesquels recouraient souvent aux interprétations parapsychologiques en inscrivant le « don » de leur enfant dans un cheminement psycho-spirituel spécifique.

Cette interprétation externaliste peut être liée à l'événement à la suite duquel les voix sont apparus, qui dans 75 % des cas se révéla être une expérience traumatisante associée à un sentiment d'impuissance et de perte de contrôle [18]. Deux études récentes confirment que les traumatismes influencent la survenue d'expériences exceptionnelles sans influencer directement l'émergence de troubles psychotiques associés à une demande de soin [2,32]. Les appropriations des expériences exceptionnelles viendraient jouer un rôle central de médiateur entre trauma et psychose ([32], p. 818).

Un chiffre similaire apparaît avec une population adulte : 70 % d'entre eux affirment avoir commencé à entendre des voix suite à un « événement traumatique » (dans une définition extrêmement large incluant mort d'un membre de la famille, divorce, déménagement, abus sexuel, etc.), lequel avait souvent eu lieu dans l'enfance [44]. C'est un aspect sur lequel les chercheurs insistent beaucoup, comme pour renforcer l'empathie et changer radicalement l'image des entendeurs, passant de « fous » à « victimes ». Les voix sont alors comprises comme les messages des problèmes de l'entendeur, pas comme des problèmes en soi. La présence de déclencheurs des voix bien repérables fait même partie des facteurs permettant de prédire en moyenne combien de temps dureront les voix [19,20]. La persistance des voix est corrélée avec le maintien d'autres problèmes psycho-sociaux qui renforcent le sentiment d'impuissance de l'individu.

Une autre étude [13] a trouvé un taux d'arrêt des voix encore plus important qu'Escher et al. sur près de 2 000 adolescents de la région de Maastricht. 5% de ces adolescents reconnurent entendre des voix. Au bout de deux ans, les voix s'étaient maintenues chez 27 % de ces adolescents seulement. Mais ces chercheurs pointèrent que même si l'hallucination verbale est courante et majoritairement transitoire chez les adolescents, elle ne doit pas être banalisée. Dans cette étude, les hallucinations verbales sont associées avec davantage d'humeur dépressive et de psychopathologie générale, et celles qui se maintiennent aggravent cet état tout en favorisant le développement d'idéation délirante. Ce ne serait donc pas la présence de ces expériences hallucinatoires qui doit inquiéter, mais leur persévérance et leurs effets délétères au cours du temps ([13], p. 252 ; [17]). Malgré cela, qu'est-ce qui fait que l'état d'une majorité d'adolescents ne se détériore pas ?

Plusieurs modèles psychologiques tentent de rendre compte du fait que le mode d'appropriation des voix prédit mieux le niveau de détresse que, par exemple, la fréquence d'occurrence de ces voix ou leur contenu, lequel ne diffère pas des hallucinations auditives de schizophrènes ([1], pp. 78-80). Ainsi, Garety et al. [23] proposait qu'une interprétation attribuant une origine externe aux voix provoquait plus d'anxiété qu'une attribution à une cause interne. En fait, rien ne prouve que la localisation perçue des hallucinations (dedans,

dehors ou les deux) n'ait de relation avec des facteurs démographiques, cliniques ou d'autres facteurs [12].
Pour Brett et al. [9], c'est l'impersonnalisation plutôt que l'externalisation qui est la plus stressante : par exemple, une explication neurochimique des voix ne fait pas nécessairement sens pour l'individu, quand bien même il s'agit d'une cause interne. Alors que certaines appropriations des voix en termes de messages de divinités ou d'esprits produisent souvent des arrangements réconfortants, des *suppléances* efficaces.
Ces recherches sur le type d'appropriation selon les axes interne/externe ou personnelle/impersonnelle donnent des indications directes sur les stratégies d'intervention du clinicien : rationalisation, normalisation, tolérance à la paranormalité, etc. Si la thérapie peut viser le développement positif de l'individu et l'arrêt des voix, cela passerait mieux par une attention soutenue aux émotions impliquées dans ces expériences et un soutien aux stratégies d'ajustement plutôt que par des tentatives pour supprimer les voix. Toutefois, il y a pour l'instant trop de diversités dans les définitions et les mesures de l'*appraisal* ; et les thérapies cognitivo-comportementales axées sur la modification de l'appropriation (négative) des voix pour diminuer la détresse associée n'ont pas encore donné les résultats escomptés, probablement car d'autres facteurs seraient en jeu [34].

5. Conclusion : un « retour à la névrose » ?

L'approche préconisée par Romme et Escher [44] donne l'impression d'un « retour à la névrose » qui se méconnaît. Toute une partie du savoir sur la compatibilité de la névrose et des hallucinations verbales est occultée (par exemple, [33]).
Ainsi, les hallucinations verbales sont présentées dans leur association avec des patients diagnostiqués schizophrènes, avec des patients ayant des « syndromes dissociatifs de l'identité » (qui remplacent le syndrome de personnalité multiple introduit dans le DSM-III) ou avec des non-patients. Ces comparaisons systématiques accentuent l'idée d'un diagnostic différentiel sous la forme pathologie grave / pathologie légère / normalité. Le syndrome dissociatif devient un modèle de référence en tant qu'alternative psychopathologique à la schizophrénie puisqu'il correspond au schéma causal non-organique, où des personnes vivant des traumatismes en subissent les conséquences morbides sans en être directement responsables [22].
Les voix sont comprises comme faisant partie des mécanismes de défense tentant de maintenir l'unité de la personnalité et non comme des charges explosives ([44], p. 33). Même si cette *solution hallucinatoire* n'est pas parfaite, les voix viendraient remplacer les souvenirs déplaisants ([44], p. 15) ou exprimer métaphoriquement d'autres conflits dont la personne n'a plus conscience ([44], p. 28), ou encore les voix sonneraient l'alarme annonçant un niveau de mal-être trop élevé [6], fonctionnant comme une stratégie de survie psychique face à des menaces ([44], p. 28). La subjectivité du symptôme reprend pleinement ses droits lors du diagnostic. Cette approche semble compatible avec une approche psychodynamique de la psychose.
Plus généralement, le lien entre voix et schizophrénie est décortiqué jusqu'à ne plus ressembler qu'à une idée médicale surannée. La validité et la fiabilité des catégories diagnostiques du DSM sont remises en cause, engendrant un déplacement de l'expertise du côté de celui qui a vécu l'expérience. Le discours dominant – celui d'un supposé « Maître » – est contesté puis contourné. De cette manière, la psychiatrie sociale peut aussi travailler avec cette population majoritaire, dégagée par les données épidémiologiques (par exemple, [46]), des entendeurs de voix sans diagnostic psychiatrique associé. Mais est-ce vraiment cette population qui s'empare des revendications contre un certain pouvoir psychiatrique ?

L'approche dite de psychiatrie sociale se centre sur les « expériences » de la personne, sans en faire déjà des « symptômes ». Pour chacune de ces expériences, le clinicien et l'entendeur remontent le fil de sa genèse, de son contexte socio-psychologique, de son utilité, de l'histoire de vie du sujet, de la croyance associée, de l'usage de l'expérience en tant que « métaphore » pour d'autres conflits... Cette pratique psychodynamique qui fait penser à la psychanalyse des névroses n'est jamais présentée comme telle, au contraire il s'agirait d'une approche révolutionnaire allant à contre-courant des pratiques médicales actuelles ([44], pp. 126-128). Romme et Escher ([44], p. 23) concluent de leurs travaux qu'ils orientent vers une prise en charge des expériences dites psychotiques comme s'il s'agissait de manifestations névrotiques, c'est-à-dire que la symptomatologie doit être entendue dans la trame de l'histoire de vie individuelle et pour ses fonctions psychodynamiques. Relier les voix à des traumas et travailler sur les émotions associées à ces vécus viendraient remettre la personne dans le bon sens, pour peu que le changement lui-même ne lui paraisse pas trop menaçant. Toutefois, cette inversion du préjugé clinique conduit-elle à une clinique différentielle valide ?

La pratique du diagnostic s'en trouve effectivement changée. On ne procède plus à la mise en équation entre les symptômes d'un côté et les catégories diagnostiques de l'autre. Le diagnostic préféré en psychiatrie sociale est un *diagnostic de processus* ([44], p. 25) : on travaille sur les plaintes dans l'ordre où elles arrivent jusqu'à les rendre compréhensibles et intégrables par l'individu. Ce travail se fait au moyen d'un entretien semi-structuré exhaustif dont la grille est fournie avec le second livre de Romme et Escher [44]. L'entretien rompt avec les questionnaires qui ne vérifient que la présence ou l'absence de tel ou tel symptôme, et se concentre sur la relation fonctionnelle entre l'individu et son expérience.

Etonnamment, cette approche pleinement psychodynamique se métamorphose dans la présentation des interventions thérapeutiques suggérées ([44], pp. 59-123). Il n'est quasiment question que de thérapies cognitivo-comportementales dans la lignée de Bentall, Haddock et Slade [5]. Celles-ci visent à changer les croyances, influencer les représentations, modifier les comportements, etc. Autant de pratiques où l'expertise revient au thérapeute qui se présente comme guide. Le repérage de l'importance de l'appropriation subjective de ces expériences hallucinatoires a été compris comme si cette appropriation se devait d'être la nouvelle cible des techniques psychothérapeutiques. Toutefois, comme ces pratiques cognitivistes affirment partir des buts fixés par l'individu lui-même, évoluer en tolérant ses croyances et ses pratiques hétérodoxes, et se satisfaire lorsque l'individu parvient à donner un sens personnel positif à ses symptômes, ces interventions donnent l'impression de toujours s'appuyer sur la subjectivité de l'intéressé. Comment comprendre l'alliance entre une pratique diagnostique proche de la clinique psychodynamique des névroses et une pratique clinique cognitivo-comportementale qui minimise voire méconnaît l'activité inconsciente ?

Un idéal de guérison – lisible dès les premières interventions de Romme où il invite ses patients entendeurs de voix à se guérir en devenant les porte-paroles de leur propre cause – correspond à ce que l'entendeur de voix, après avoir traversé cette épreuve, devienne lui-même un clinicien aidant les autres entendeurs de voix, à la manière de la *névrose créatrice* des chamans [15]. Un tel discours encourage l'évolution du délire névrotique vers un militantisme pour une cause [33], fréquemment la dénonciation des dérives de la psychopathologie. Est-ce à dire que le mouvement des entendeurs de voix propose un « prêt-à-porter culturel », une manière d'être fou socialement admise, une trame toute dessinée pour une sublimation névrotique du désir ?

6. Références

1. Aleman A, Larøi F. Hallucinations. The Science of Idiosyncratic Perception. Washington, USA : American Psychological Association ; 2008.
2. Andrew EM, Gray NS, Snowden RJ. The relationship between trauma and beliefs about hearing voices: A study of psychiatric and non-psychiatric voice hearers. Psychol Med 2008; 38: 1409-1417.
3. Bentall RP. Hallucinatory experiences. In: Cardeña, E., Lynn, S.J., Krippner, S. (Eds), Varieties of Anomalous Experience. Washington: American Psychological Association; 2000; 3:85-120.
4. Bentall RP. Madness explained: Psychosis and human nature. London : Penguin Books; 2003.
5. Bentall RP, Haddock G, Slade P. Cognitive behaviour therapy for persistent auditory hallucinations. Behavior Th 1994 ; 25: 51-66.
6. Birchwood M. Early intervention in psychotic relapse. In G. Haddock, & P. Slade (Eds), Cognitive Behaviour Interventions with Psychotic Disorders. London/New York : Routledge; 1996; 171-212.
7. Brémaud N. Le schizophrène et sa voix. Inf Psychiatr 2003; 79(9): 789-795.
8. Brémaud N. Jeanne d'Arc : des voix à la mission. Inf Psychiatr 2008; 84(7) : 685-695.
9. Brett CMC, Peters EP, Johns LC, Tabraham P, Valmaggia LR, McGuire PK. Appraisals of Anomalous Experiences Interview (AANEX): a multidimensional measure of psychological responses to anomalies associated with psychosis. Br J Psychiatry 2007;191:23–30.
10. Brierre de Boismont A. Des hallucinations historiques ou étude médico-psychologique sur les voix et les révélations de Jeanne d'Arc (Partie 1). Ann Med Psychol 1861 ; 7 : 353-376.
11. Brierre de Boismont A. Des hallucinations historiques ou étude médico-psychologique sur les voix et les révélations de Jeanne d'Arc (Partie 2). Ann Med Psychol 1861 ; 7 : 509-539.
12. Copolov DL, Trauer T, Mackinnon A. On the non-signifiance of internal versus external auditory hallucinations. Schizophr Res 2004 ; 69 : 1-6.
13. De Loore E, Gunther N, Drukker M, Feron F, Sabbe B, Deboutte D, van Os J, Myin-Germeys I. Persistence and outcome of auditory hallucinations in adolescence : A longitudinal general population study of 1800 individuals. Schizophr Res 2011 ; 127 : 252-6.
14. Dominguez MD, Wichers M, Lieb R, Wittchen HU, Van Os J. Evidence that onset of clinical psychosis is an outcome of progressively more persistent subclinical psychotic experiences : an 8-year cohort study. Schizophr Bull 2011 ; 37 : 84-93.
15. Ellenberger HF. A la découverte de l'inconscient : histoire de la psychiatrie dynamique. Paris : Fayard ; 1994.
16. Ensink B. Confusing Realities : A Study on Child Sexual Abuse and Psychiatric Symptoms. Amsterdam : VU University Press ; 1992.
17. Escher A, Delespaul P, Romme M, Buiks A, Van Os J. Coping defence and depression in adolescents hearing voices. J Mental Health 2003: 12(1): 91-9.
18. Escher A, Morris M, Buiks A, Delespaul P., Van Os J, Romme M. Determinants of outcome in the pathways through care for children hearing voices. International Journal of social Welfare 2004; 13: 208-22.
19. Escher A, Romme M, Buiks A, Delespaul P, Van Os J. Independent course of childhood auditory hallucinations: a sequential 3-year follow-up study. Br J Psychiatry 2002;181:10–8.
20. Escher A, Romme M, Buiks A, Delespaul P, Van Os J. Formation of delusional

ideation in adolescents hearing voices: a prospective study. Am J Med Genet 2002;114:913–20.
21. Evrard R. Les expériences réputées psychotiques dans la population générale : essai de problématisation. Ann Med Psychol 2011; 169(5): 282-7.
22. Fassin D, Rechtman R. L'empire du traumatisme : Enquête sur la condition de victime. Paris : Flammarion ; 2007.
23. Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Freeman D, Bebbington PE. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. Psychol Med 2001;31:189–95.
24. Heery MW. Inner Voice Experiences : an exploratory study of thirty cases. J Transpersonal Psychol 1989 ; 21(11) : 73-82.
25. James W. Principles of Psychology, vol. 1. London : Macmillan ; 1891.
26. Jaspers K. Psychopathologie générale. Paris : Alcan; 1933.
27. Jaynes J. La Naissance de la conscience dans l'effondrement de l'esprit. Paris : PUF ; 1994.
28. Jones S, Guy A, Ormrod JA. A Q-methodological study of hearing voices : A preliminary exploration of voice hearers' understanding of their experiences. Psychology and Psycohotherapy : Theory, Research and Practice 2003 ; 76 : 189-209.
29. Lacan J. Séminaire III : Les psychoses (1955-56). Paris : Seuil ; 1981.
30. Lawrence C, Jones J, Cooper M. Hearing voices in a non-psychiatric population. Behavioural Cognitive Psychotherapy 2010 ; 38(3) : 363-73.
31. Leudar I, Thomas P. Voices of Reason, Voices of Insanity. Studies of Verbal Hallucinations. London : Routledge ; 2000.
32. Lovatt A, Mason O, Brett C, Peters E. Psychotic-like experiences, appraisals, and trauma. J Nerv Ment Dis 2010, 198(11), 813-19.
33. Maleval JC. Folies hystériques et psychoses dissociatives. Paris: Payot; 1981.
34. Mawson A, Cohen K, Berry K. Reviewing evidence for the cognitive model of auditory hallucinations: The relationship between cognitive voice appraisals and distress during psychosis. Clin Psychol Review 2010 ; 30 : 248-58.
35. McCarthy-Jones S. Hearing Voices. The Histories, Causes and Meanings of Auditory Verbal Hallucinations. Cambridge : Cambridge University Press ; 2012.
36. Miller LJ, O'Connor E, DePasquale T. Patients' attitudes to hallucinations. Am J Psychiatr 1993;150:584–8.
37. Patouillard R. L'hallucination chez Henri Ey et sa signification aujourd'hui. La revue lacanienne 2007 ; 1(1) : 62-7.
38. Pearson D, Burrow A, FitzGerald C, Green K, Lee G, Wise N. Auditory hallucinations in normal child populations. Pers Indiv Diff 2001, 31, 401-7.
39. Pellion F. Six notes à propos de l'hallucination verbale selon Jacques Lacan : un cas du dialogue psychanalyse/psychiatrie. Cliniques méditerranéennes 2005 ; 71(1) : 283-99.
40. Pennings M, Romme M. Stemmen horen bij schizofrenie patienten, patienten met een dissociatieve stoornis en bij niet patienten. In: M. de Hert, E. Thijs, I. Peuskens, D. Petri, & B. van Raay (Eds.), Zin in waanzin: De wereld van schizofrenie. Antwerp: EPO; 1996; 127-140.
41. Posey TB, Losch ME. Auditory hallucinations of hearing voices in 375 normal subjects. Imagination Cognition and Personality 1983;2:99–113.
42. Romme M, Escher A. Hearing voices. Schizophr Bull 1989;15:209–16.
43. Romme M, Escher S. Accepting Voices. London : Mind Publications ; 1993.
44. Romme M, Escher A. Making sense of voices. London: Mind; 2000.
45. Sidgwick H, Johnson A, Myers FWH, Podmore F, Sidgwick EM. Report on the census of hallucinations. Proceedings of the Society for Psychical Research 1894; 10: 25-422.

46. Tien AY. Distribution of hallucinations in the population. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1991;26:287–92.