

Vers une meilleure compréhension de la réalité des personnes aux prises avec des perceptions sensorielles

Par
Kelly-Anne Sourdif

Mémoire déposé à
l'École de service social
en vue de l'obtention de la maîtrise en service social

sous la direction du professeur Nicolas Moreau

Mars 2022

Remerciements

Je souhaite remercier les entendeurs de voix du Pavois de Québec que j'ai côtoyé et ceux que je côtoie toujours pour leur ouverture à m'accueillir et à m'ouvrir la porte de leur univers. Je suis reconnaissante de votre accueil et de votre soutien. Votre générosité et vos partages m'ont poussé à poursuivre mes recherches et tenter de faire évoluer la sensibilisation au phénomène d'entente de voix.

Je tiens à remercier mon directeur de mémoire Nicolas Moreau pour ses conseils, sa disponibilité à répondre à mes multiples questions, sa minutie dans les corrections, mais principalement pour son soutien et sa patience. Merci de m'avoir aidé dans les divers défis de l'écriture et d'avoir cru en mon potentiel de réussir. Merci également de m'avoir soutenu dans mon choix de sujet. Tes nombreux questionnements m'ont grandement aidé à davantage détailler et mieux expliquer certaines sections. Un énorme merci pour tout !

J'aimerais également remercier mon amoureux et ma mère pour leur présence constante, leur appui et leur aide. Malgré les défis rencontrés, vous avez toujours été présents pour m'écouter, m'encourager, mais aussi pour me rappeler la lumière qui brille et mon sourire lorsque je parle des entendeurs de voix. Merci de m'avoir poussé à écrire et de m'avoir souvent ramené à l'ordre pour respecter les délais.

Merci à mes amies qui m'ont encouragée et avec qui j'ai pu parler des difficultés d'écriture. Merci à mon amie Adèle pour les journées passées ensemble à écrire ou étudier. Nos soupirs, nos rires ont été une bulle d'oxygène.

Merci aux différents membres de ma famille pour leur écoute. Je pense d'ailleurs que chacun est à présent sensibilisé au phénomène d'entente de voix.

Un grand merci à mes employeurs qui ont acceptés mes demandes de modification d'horaire pour me permettre d'écrire et de terminer ce mémoire.

Merci aussi à mes collègues qui ont toujours cru en mes capacités. Leur rappel que je serai fière lorsque le mémoire sera terminé a été d'une grande aide.

Résumé du mémoire

Ce mémoire s'intéresse aux entendeurs de voix et a pour but de réduire la stigmatisation vécue. Ainsi, par le biais d'une section socio-historique sur l'hallucination, nous avons montré que l'entente de voix n'était pas un phénomène nouveau et que la médecine, par le biais de la psychiatrie, avait tenté de l'expliquer et la prendre en charge. Des données épidémiologiques sur les hallucinations et la schizophrénie (pathologie historiquement aux hallucinations) avaient également été présentées. Par le biais d'un cadre théorique issu du bio-pouvoir (Foucault, 1976), nous avons tenté de saisir quels étaient les enjeux auxquels les personnes aux prises avec des perceptions sensoriels faisaient face. Nos résultats ont montré que la reconnaissance sociale et médicale de l'existence du phénomène des voix permettrait de multiples bénéfices, à savoir l'émancipation des entendeurs de voix eux-mêmes, le développement de recherches scientifiques moins biaisées (car prenant en compte le phénomène d'entente des voix dans son entièreté) et de services de santé et sociaux plus inclusifs. Nous considérons que l'entente de voix est un phénomène « normal » qui fait partie de la réalité quotidienne, d'une partie de la population, celle des entendeurs de voix. Le savoir expérientiel de ces derniers est essentiel à prendre en compte pour dépasser une réalité médicale trop souvent « pathologisante », où l'entente de voix est encore synonyme de trouble psychiatrique.

Table des matières

INTRODUCTION	4
1. Problématique	9
1.1 Éléments socio-historique	9
1.1.1 Les pionniers	9
1.1.2 Le normal et le psychologique	13
1.2 Le mouvement des entendeurs de voix	15
1.3 Données épidémiologiques	18
1.4 Modèle explicatif	22
1.5 Évolution du mouvement des entendeurs de voix	25
1.6 Pertinence sociale.....	27
1.7 Pertinence scientifique	28
1.8 Question de recherche.....	28
2. Cadre théorique.....	29
3. Analyse et discussion.....	35
3.1 Les enjeux d’obtenir des soins et des services adaptés	35
3.2 Enjeu d’acceptation des voix	40
3.3 La non-reconnaissance sociale.....	41
3.4 Enjeu de résistance et d’étiquette.....	44
3.5 Enjeu du pathologique vs non pathologique	46
CONCLUSION.....	54
BIBLIOGRAPHIE.....	57

INTRODUCTION

Le 20^{ème} siècle aura permis de faire plusieurs avancées au niveau de la santé mentale. Certains chercheurs, pour faire avancer les recherches, ou les contester, ont ainsi usé de techniques parfois surprenantes pour faire avancer leur idée. C'est le cas du psychologue David L. Rosenhan qui a voulu tester la validité des diagnostics psychiatrique.

Dans les années 1970, Rosenhan (1974) effectue une étude avec huit pseudopatients (un étudiant en psychologie, un pédiatre, un psychiatre, trois psychologues, une femme au foyer ainsi qu'un peintre) qui vont mentionner à l'hôpital entendre des voix plus ou moins claires. Le but de cette étude était que les pseudo-patients soient admis au sein d'une unité psychiatrique uniquement sur le fait d'avoir entendu des voix, tout en ne présentant aucun passé psychiatrique. Après leur entrée à l'hôpital psychiatrique, ces derniers cessaient d'entendre ces voix et ne simulaient aucun symptôme; ils observaient simplement ce qu'il se passait autour d'eux. Ils agissaient comme des personnes « normales » et obéissaient à ce qui leur était demandé. Ils prenaient des notes sans s'en cacher.

À leur admission, les pseudo-patients ont tous reçu un diagnostic de schizophrénie, sauf un qui fut identifié comme maniaco-dépressif. Ils ont été hospitalisés entre 7 et 52 jours, sans se faire « démasquer ». Il est à noter qu'aucun professionnel n'a remis en doute le diagnostic initial et qu'ils ont conservé ce dernier à leur départ de l'hôpital, malgré qu'aucun d'entre eux n'a mentionné entendre des voix durant l'hospitalisation ou à leur sortie. L'expérience a donc montré comment les professionnels de la santé ont tendance à émettre un diagnostic même si la personne est « saine » d'esprit et que ce diagnostic reste

collé à la personne. De plus, chaque geste, comportement au sein de l'hôpital, même le plus banal fut interprété comme pathologique par les professionnels durant le processus d'hospitalisation.

À la suite de cette expérience, Rosenhan (1974) a voulu vérifier si une personne qui serait considéré comme « malade » pourrait se faire diagnostiquer comme « normal ». Il identifie un hôpital universitaire qui avait entendu parler de la dernière étude, car il se doutait que les professionnels de cet hôpital seraient en mesure de se tromper vis-à-vis d'un diagnostic psychiatrique. Rosenhan leur mentionna qu'il y aurait des faux patients dans leur service durant les trois prochains mois et qu'ils devraient les identifier. Durant cette période, 51 personnes sur 193 ont été identifiées comme faux patients par les professionnels de la santé, alors qu'aucun n'avait été envoyé par l'équipe de Rosenhan (1974) qui arriva à la conclusion dans cette dernière étude que diagnostiquer une personne en santé plutôt que malade pouvait être influencé par des enjeux importants comme le prestige de l'établissement. Le fait de prétendre qu'une personne est saine alors qu'elle pourrait ne pas l'être en réalité risque d'établir une méfiance envers cet établissement, principalement s'il s'agit d'un hôpital universitaire. Les années passent et l'étude de Rosenhan a marqué l'histoire car elle a montré la porosité de la validité et de la fiabilité de certains diagnostics psychiatriques, mais aussi le point de ceux-ci. Or, comme on le voit encore de nos jours, l'étiquette d'un diagnostic de schizophrénie amène possiblement des conséquences négatives sur la vie d'une personne, due notamment à un processus de stigmatisation.

Dans le DSM-5, un trouble qui comporte une ou des anomalies comme des hallucinations, des idées délirantes, un discours désorganisé, un comportement catatonique ou désorganisé ainsi que des symptômes négatifs fait partie du trouble du spectre de la schizophrénie (Crocq et Guelfi, 2015). Néanmoins, il est à noter qu'il est possible qu'une personne aille des hallucinations sans nécessairement avoir le diagnostic de schizophrénie (AQRP, 2014).

Aujourd'hui, la schizophrénie est considérée comme polythétique. Les symptômes sont très larges et interchangeable, aboutissant à une variété des représentations cliniques possibles. Malgré le fait que les critères de classification pour la schizophrénie soient élargis, un individu qui reçoit le diagnostic sera considéré comme ayant la même affection qu'un autre qui peut avoir des symptômes très différents. Le diagnostic de schizophrénie étiquette la personne, à l'instar de Rosenhan (1974) qui nous dit de façon critique et ironique que le monde médical préfère émettre un diagnostic psychiatrique plutôt que de passer à côté d'une personne qui est considéré comme « malade » et qui resterait en liberté. L'étiquette, les préjugés, les craintes et les généralisations sur le diagnostic de schizophrénie continuent à faire partie de la société actuelle (Lampropoulos et al., 2019). Dans ce contexte, il est donc justifiable que des professionnels, patients ou encore des organismes communautaires émettent des réserves quant à l'établissement d'un diagnostic schizophrénique.

Les maladies mentales sont vues comme déviantes des normes sociales, car elles ne correspondent pas à la normalité de la société, c'est-à-dire aux normes et aux valeurs les plus communes. La schizophrénie est vue comme un problème, car une personne ne devrait pas agir à l'encontre des normes de la communauté (Dorvil, 1990). Le stigmatisme qu'on leur

attribue provient des stéréotypes appris dans notre éducation ainsi que les images que nous pouvons voir dans les médias. La schizophrénie est ainsi représentée socialement par une personne qui entend des voix, ce qui vient influencer notre perception au niveau des comportements que la personne peut avoir. Ainsi, le comportement de la personne diagnostiquée comme schizophrène peut être considéré comme « normal », mais l'étiquette associée à la schizophrénie va modifier notre perception et rendre tout agissement de la part de cette personne comme « anormal » (Lampropoulos et al., 2019; Rosenhan, 1974).

Des stéréotypes sur des problèmes graves de santé mentale ont tendance à faire croire que leur maladie les rend socialement dangereux, au point même de tuer des personnes. Néanmoins, les données ont montré qu'il y a un taux très faible de personnes présentant une maladie mentale considérée grave qui ont commis un meurtre. Cette pensée de menace à l'équilibre de la sécurité de la société amène à vouloir les exclure (Dorvil, 1990). Les médias font ainsi du sensationnalisme au niveau des crimes commis par les personnes souffrant de santé mentale, ce qui augmente la stigmatisation de ces individus, car ils sont considérés faussement comme dangereux (Lampropoulos et al., 2019). La représentation que nous nous faisons que l'entente de voix et la schizophrénie forment un tout indissociable, nous empêche de bien comprendre ce phénomène et donc par le fait même de bien prendre en compte les besoins de ces personnes.

Or, il est possible d'entendre des voix et de bien vivre avec elles. Ce mémoire a ainsi pour but de permettre une meilleure compréhension du phénomène d'entente de voix et de sensibiliser le lecteur à ce dernier pour ainsi diminuer la stigmatisation à l'égard des

entendeurs de voix et, plus généralement, vis-à-vis des personnes présentant des troubles psychiatriques. La problématique de ce mémoire présente une clarification et un historique de l'hallucination pour améliorer la compréhension de l'entente de voix. Également, une explication du mouvement des entendeurs de voix avec des données épidémiologiques sera démontré tout comme l'éclaircissement des différentes approches qui leurs sont rattachés. Ce mémoire s'intéresse aux enjeux auxquels les personnes aux prises avec des perceptions sensorielles font face. Ils seront analysés sous le cadre théorique du biopouvoir de Michel Foucault (1976). Dans le chapitre discussion, différents enjeux sont présentés quant aux services, à l'acceptation des voix ainsi qu'à sa reconnaissance qui cause parfois une étiquette. Par ailleurs, l'enjeu du pathologique et du non pathologique est également analysé pour comprendre son influence sur la compréhension du phénomène des voix. Ce mémoire va conclure avec des pistes de recommandations en lien avec le travail social.

Une augmentation de la compréhension de l'entente de voix va possiblement permettre de mieux les intégrer dans la société et ainsi diminuer leur stigmatisation. Cette sensibilisation peut donc amener une normalisation de ce phénomène pour ainsi diminuer la désinformation et mieux accepter les entendeurs de voix. Les nouvelles connaissances permettront donc à mieux adapter les interventions et les services des entendeurs de voix.

1. Problématique

1.1 Éléments socio-historique

Le nom entendeur de voix peut être inconnu de certaines personnes. Une clarification est donc nécessaire pour les aider à mieux comprendre ce concept. En effet, certains lecteurs penseront aux hallucinations, mais principalement à un trouble de santé mentale, souvent associé d'ailleurs à la schizophrénie. Dans un but de mieux comprendre le phénomène d'entente de voix, mais aussi de faire la distinction avec la schizophrénie, une histoire sommaire des hallucinations est nécessaire pour bien commencer cette section.

Tout d'abord, le terme « hallucination » est apparu dans la langue française en 1660. Il indiquait à cette époque la méprise. Son apparition dans le champ médical en 1674 fait alors référence à l'errance ou à la divagation. Il n'est cependant pas inscrit dans le dictionnaire (Patouillard, 2007). L'hallucination a conservé cette définition durant plusieurs années avant qu'une personne s'intéresse à lui donner une nouvelle définition.

1.1.1 Les pionniers

En 1817, Jean-Étienne-Dominique Esquirol est le premier à définir « l'hallucination » comme « Un homme qui a la conviction intime d'une sensation actuellement perçue, alors que nul objet extérieur propre à exciter cette sensation n'est à portée de ses sens, est dans un état d'hallucination. » (Esquirol, 1838 : 80). En d'autres termes, cette première définition permet d'identifier un mot, soit l'hallucination, lorsqu'une personne perçoit une situation qui ne peut être expliquée par ses sens. Esquirol ne s'arrête pas à donner uniquement une définition à l'hallucination. Au départ, il s'intéressait principalement au

délires, ce qui lui a permis de faire des avancées scientifiques, mais également d'approfondir les connaissances sur les hallucinations. Au fil de ses recherches, Esquirol précise davantage la définition de cette dernière « [en proposant] le mot *hallucination* comme n'ayant pas d'acception déterminée, et pouvant convenir par conséquent à toutes les variétés du délire, qui supposent la présence d'un objet propre à exciter l'un des sens, quoique ces objets ne soient pas à portée des sens. » (Esquirol, 1838 : 100). Le délire s'illustre par des sensations falsifiées, sans toutefois affecter les organes des sens (mais bien par des causes internes), qui dévoilent des objets irréels à l'esprit (Brémaud, 2016). Néanmoins, dans l'œuvre d'Esquirol, il est possible de retrouver l'hallucination comme étant un symptôme du délire et à d'autres moments un synonyme de ce dernier. Ainsi, « N'étant qu'un symptôme du délire, pouvant convenir à plusieurs maladies de l'entendement, soit aiguës, soit chroniques, elles n'exigent pas un traitement particulier » (Esquirol, 1838 : 100). Esquirol croit que les hallucinations seraient l'explication du délire, car selon lui « La conviction des hallucinés est si entière, si franche, qu'ils raisonnent, jugent, et se déterminent en conséquence de leurs hallucinations, ils coordonnent à ce premier phénomène psychologique, leurs pensées, leurs désirs, leur volonté, leurs actions » (1838 : 95). Malgré certaines confusions sur la distinction du délire et de l'hallucination, Esquirol reste la première personne à s'intéresser à ces sujets et ainsi faire progresser la recherche pour créer des définitions plus précises (Brémaud, 2016). En 1880, B. Ball reprendra la définition d'hallucination d'Esquirol pour la synthétiser comme une « perception sans objet » (Patouillard, 2007, p.62).

Quelques années plus tard, soit en 1845, Baillarger montre l'importance du langage dans les hallucinations psychiques (Brémaud, 2016). Pour engendrer une hallucination, trois critères sont primordiaux pour Baillarger, soit « l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination, la suspension des impressions externes, l'excitation interne des appareils sensoriels » (1890 : 436). L'hallucination est donc une erreur de perception sensorielle dans la réalité de la sensation. Elle se distingue des illusions reliées aux sens, car l'hallucination est produite malgré l'absence d'excitation des sens (Baillarger, 1890). Baillarger précise qu'« en faisant intervenir ici l'exercice intellectuel, [il admet] la nature complexe de l'hallucination, et les deux éléments psychiques et sensoriels qui la constituent » (*Idem* : 487). Baillarger conclut que l'hallucination psychosensorielle ressemble à une « perception sensorielle indépendante de toute excitation extérieure des organes des sens et ayant son point de départ dans l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination. » (*Idem* : 486). L'hallucination psychique est, quant à elle, considérée comme des « perceptions purement intellectuelles, ayant leur point de départ dans l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination, et qui sont souvent assimilées à tort par les malades aux perceptions sensorielles » (*Idem* : 489-490).

Par la suite, vers 1850, Falret, un aliéniste français propose des leçons décisives qui deviendront essentielles sur les hallucinations (Brémaud, 2016). L'hallucination est vue, pour Falret, comme étant un symptôme uniquement psychique, mais en aucun cas seul. Par conséquent, le fait d'avoir des hallucinations ne permet pas, à lui-même, de composer l'aliénation mentale (*Ibid*). Également, il refuse qu'on attribue les hallucinations à un rêve (y compris le rêve éveillé). Pour marquer cette distinction, il ajoute aux définitions de

l'hallucination qu'elles doivent être « fixes, permanentes ou bien versatiles, rapides, incohérentes. Elles sont nettes, distinctes, parfaitement déterminées, et semblent parfois ajouter à l'élévation de la pensée, ou bien elles sont vagues, imprécises, indéterminées, et témoignent de la ruine de l'intelligence [...]. » (Falret, 1864, p.246).

Contrairement à Baillarger, Falret choisit ainsi de prioriser la conviction de communiquer les pensées de la personne considérée de « malade », comme Esquirol avait tenté de nous transmettre quelques années plus tôt (Brémaud, 2016). Falret accorde une grande attention aux propos et comportements de ces derniers pour ensuite déterminer s'il s'agit d'une hallucination ou d'une illusion (*Ibid*). Falret a examiné les hallucinations auditives qu'il indique de manière plus habituelle dans les maladies mentales. Il explique que la personne n'arrive pas à faire la différence entre ses pensées qui peuvent évoluer vers des paroles qui deviennent par la suite une hallucination (*Ibid*). Il crée une distinction entre les hallucinations acceptées de la raison de celles soutenues dans le délire (Patouillard, 2007). En résumé, Falret décrit les hallucinations, un peu comme Baillarger l'avait déjà illustré, étant intellectuelles et imaginative pour expliquer leur représentation de la parole par la pensée.

Pour poursuivre sur un concept similaire, les travaux de Séglas sur l'aphasie montrent la différence entre les hallucinations psychosensorielles et psychomotrices qui touchent le langage (Patouillard, 2007). Les hallucinations psychosensorielles incluent celles auditives regroupant les bruits confus (soit les onomatopées), les bruits individualisés (comme le son d'une cloche) et les hallucinations verbales qui proviennent de l'extérieur (*Ibid*). Ses

expériences lui révéleront que les hallucinations psychomotrices qui affectent le langage sont plus importantes qu'il le pensait. Ces dernières peuvent survenir autant par une simple pensée que par la possibilité d'entendre les propos d'une personne qui fait partie de son entourage. Cette découverte permet de faire avancer la notion du délire vers une théorie qui s'intéresse à la personne de prime à bord (Patouillard, 2007). À ce stade d'évolution du concept d'hallucination, Séglas prend davantage en considération l'expérience de la personne que Falret auparavant. De plus, les travaux de Séglas sur les hallucinations psychomotrices montrent l'importance d'accorder son attention sur le contenu des hallucinations. Grâce à Séglas, l'attention est principalement mise sur les propos de l'hallucination et de la signification selon la personne qui le vit (*Ibid*). L'écoute, la compréhension et l'expérience de la personne deviendront primordiales pour soutenir ces personnes et seront expliqués davantage dans la section analyse et discussion de ce mémoire.

1.1.2 Le normal et le psychologique

De 1855 à 1956, la frontière de ce qui est considéré comme normal ou sans diagnostic comparé au pathologique est de plus en plus examinée. Les cliniciens tentent de comprendre l'origine et les mécanismes des hallucinations, « dès lors, il s'agira de se prononcer sur l'origine centrale ou périphérique du phénomène, mais également du rapport entre hallucinations et normalité (peut-on avoir des hallucinations sans délire?) ou encore entre rêves et hallucinations... » (Patouillard, 2007, p.63). Les années suivant l'apparition du « *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* » en 1873 souleva plusieurs questions sur les hallucinations, comme le fait d'avoir des hallucinations sans

toutefois tomber dans la folie (Brémaud, 2016) ? Freud répond, en 1891, qu'il ne considère pas les hallucinations pathologiques, mais bien comme non pathologique. « Ne pourrait-on pas dire que ce n'est pas l'hallucination qui est en elle-même pathologique, mais la façon dont la psyché peut la traiter, l'intégrer, lui donner un sens ? » (Gimenez, 2010, p.82).

La psychopathologie qui entoure les hallucinations est un mystère que plusieurs tentent de percer. Un de ses exemples seraient les recherches d'Henri Ey, à partir de 1930, sur le phénomène hallucinatoire qui s'étendent sur une globalité du champ psychiatrique (Brémaud, 2016; Patouillard, 2007). En s'intéressant à ce phénomène, Henri Ey éclaircit des notions comme la perception, l'appareil psychique, la liberté ou son opinion sur les maladies psychiatriques pour ainsi permettre un affinement d'une clinique psychiatrique (Patouillard, 2007). Le traité d'Ey sur les hallucinations illustre qu'elles sont pathologiques, mais qu'elles ne sont pas le résultat d'une stimulation neurosensorielle (Brémaud, 2016). Également, sa représentation d'un objet manquant indique une déchirure ou un manque dans le fonctionnement de la réalité qui serait différent (*Ibid*). L'hallucination serait donc déclenchée par une désorganisation psychique, mais qui n'est pas inconsciente, car en fait c'est la désorganisation de l'individu qui sera qualifiée comme le problème (*Ibid*). Ey est d'avis que les travaux de Séglas sur les hallucinations psychomotrices verbales comportent l'entièreté du sens de l'hallucination qu'il souhaite donner. Or, Ey signale qu'elle se déclare dans le fonctionnement conscient pour que la personne puisse faire la différence de sa voix entre l'hallucination psychique ou psychosensorielle (*Ibid*).

Plusieurs chercheurs en psychiatrie vont montrer dans leurs études l'hallucination comme étant négative pour la rendre pathologique. La sémiologie des hallucinations devient par Schneider, en 1945, dans la psychiatrie anglo-américaine, les principaux symptômes clés de la schizophrénie (Haustgen, 2007). L'hallucination apparaît donc comme un des symptômes de la schizophrénie dans le DSM-III et s'y retrouve toujours actuellement dans le DSM-5. Néanmoins, le DSM-5 ne porte pas son attention sur la présence ou l'absence d'un symptôme, mais principalement sur la gravité de ce dernier (Braun, Evrard et Génot, 2020), sur un continuum. Les différences entre les versions des DSM ainsi que le DSM en général instaure des enjeux qui pourront davantage être expliqués dans les sections d'analyse de ce mémoire (Maleval, 2003).

1.2 Le mouvement des entendeurs de voix

Vers les années 1960, un mouvement du rétablissement s'installe chez des « usagers » contre la psychiatrie (Laval, 2017, paragr. 8). Par la suite, toujours chez ces usagers, il naît une affirmation de vouloir rétablir les bases de la maladie ou des symptômes dans le champ de la psychiatrie. Le mouvement des entendeurs de voix fut la motivation de plusieurs à se rassembler pour diminuer la stigmatisation et ainsi favoriser le respect des individus vivant cette expérience (Braun, Evrard et Génot, 2020; Evrard et Le Malefan, 2013). Ce mouvement rend possible un sentiment d'appartenance par l'entraide qui est faite entre les entendeurs de voix.

Entendre des voix était vu comme un symptôme d'un diagnostic. Marius Romme, psychiatre aux Pays-Bas, avait une patiente du nom de Patsy Hage qui vivait avec des

hallucinations verbales qui prenait une très grande place négative dans sa vie au point où cette dernière pensait au suicide, malgré le fait qu'elle reçût des suivis et des traitements psychiatriques (Evrard & Le Malefan, 2013). Patsy Hage est une jeune femme qui vit avec la schizophrénie et les traitements conventionnels ne lui permettent pas d'éliminer les voix envahissantes qu'elle entend (Molinié, 2018). Un jour, Patsy Hage lut un livre qui expliquait une théorie qui voyait différemment les hallucinations verbales en incluant celles télépathiques. L'espoir de changement poussa Patsy Hage à parler de sa découverte à son psychiatre Marius Romme. Romme, constatant l'échec des traitements actuels dans le cas de Patsy, accepte sa version, que « [les] voix sont réelles au sens où elle les entend vraiment et bien plus que d'un diagnostic, elle a besoin qu'on lui propose des outils concrets pour faire face à ces expériences » (Molinié, 2018 : 111). Curieux d'une approche différente de la sienne, il s'intéressa à cette vision et changea son approche thérapeutique pour dorénavant inclure, dans sa pratique, la croyance du phénomène des voix et le point de vue de la personne qui vit cette expérience (Evrard et Le Malefan, 2013). Le fait d'inclure l'expérience de la personne avait pourtant été mentionné comme importante par Ey, mais l'approche médicale, de par son essence et son épistémologie, avait ignoré ce « savoir ordinaire » (Blais, 2006, p.152).

Romme est un des pionniers de ce mouvement. Grâce à Patsy Hage, il fit plusieurs recherches pour comprendre ce phénomène d'entente de voix. Il découvrit qu'autrefois, lorsqu'une personne entendait des voix, elle était bien vue et même glorifiée dans la communauté, tandis qu'aujourd'hui la personne fait face à davantage d'exclusion, d'isolement et de rejet. Un exemple serait Winston Churchill qui entendaient des voix le

guidant dans ses actions à prendre dans la deuxième Guerre Mondiale (AQRP, 2014). En 1985, Patsy Hage participa à une émission télévisée pour partager son expérience d'entente de voix et expliquer aussi que le système de psychiatrie n'arrivait pas vraiment à l'aider. Elle souhaitait connaître ainsi si d'autres personnes vivaient la même problématique qu'elle. Une ligne téléphonique fut mise à leur disposition pour recevoir des appels (*Ibid*). Plus de 900 personnes ont appelé à la ligne, dont 450 de ces appelants exprimaient entendre des voix et 150 individus mentionnaient bien vivre malgré leurs voix (*Ibid*). Environ 350 appelants ont également indiqué avoir fait un séjour en psychiatrie au moins une fois (*Ibid*). Or, pour le psychiatrique, il était clair que les personnes qui vivaient avec des voix avaient un comportement dysfonctionnel en société. Romme a ainsi pu constater qu'il existait également des personnes qui pouvaient gérer leurs voix dans leur quotidien.

À la suite de cette émission, Romme et Escher firent remplir un questionnaire aux 150 personnes qui ont signifiés entendre des voix pour en retenir à la fin uniquement 20 (*Ibid*). Puisque plusieurs entendeurs de voix arrivent à bien les maîtriser dans leur quotidien et qu'ils n'ont pas de diagnostic de santé mentale, Romme fait l'hypothèse que ce n'est pas l'entente de voix qui cause la maladie mentale, mais plutôt la peur ainsi que la détresse que ce phénomène peut susciter (*Ibid*).

Une personne peut réussir à bien fonctionner malgré la présence de voix, car elle a identifié et utilise des stratégies qui l'aide à accepter ce phénomène. Le niveau de détresse dans cette situation sera donc plus faible, ce qui diminue les voix. À l'inverse, quelqu'un qui est en détresse risque de résister et de combattre les voix, ce qui risque d'occasionner une

augmentation dans l'intensification des voix (*Ibid*). Romme énonce que la meilleure stratégie à long terme est l'acceptation des voix pour ainsi trouver des stratégies qui permettent à la personne de trouver son équilibre (*Ibid*). Certains facteurs comme les attitudes ou même les croyances peuvent influencer les représentations de ces dernières. L'élément déclencheur qui provoquerait l'entente de voix serait un événement traumatique vécu dans 70 à 90% des cas (*Ibid*).

Deux ans plus tard, soit en 1987, en Hollande, a lieu le premier congrès d'entendeurs de voix avec comme conférenciers les 20 participants qui avait été retenu lors de l'émission télévisée (*Ibid*). Cet événement crée officiellement le mouvement des entendeurs de voix qui s'appelle dorénavant *InterVoice*. Il y a, à présent, plus de 30 pays qui sont membres d'*InterVoice*. Depuis, un congrès a lieu chaque année afin d'approfondir les connaissances à ce sujet, se rassembler, mais surtout échanger dans le respect. Il existe également le Réseau des entendeurs de voix québécois qui répertorie les groupes de soutien à travers le Québec qui a été créé en 2012 (*Ibid*). Ces groupes permettent aux entendeurs de voix de partager leurs vécus avec des personnes qui vivent la même réalité qu'eux. La richesse du partage favorise l'entraide des uns aux autres et ainsi crée un groupe où le respect prône avant tout (*Ibid*).

1.3 Données épidémiologiques

Le phénomène d'entente de voix est considéré selon le monde médical comme des hallucinations acoustico-verbales (HAVs) (Bortolon & Raffard, 2021). Quelques études ont montré qu'entre 2 à 4% de la population vivent des phénomènes de perceptions

auditives; seulement un tiers de ces individus possèderaient un diagnostic de santé mentale (Bortolon & Raffard, 2021; Evrard & Le Malefan, 2013b). Il est difficile d'établir un pourcentage exact du nombre de personnes qui entendent des voix étant donné qu'il y a une peur de ne pas être compris ou même de finir hospitalisé parce que la personne a mentionné entendre une ou plusieurs voix. Plusieurs personnes ne parleront jamais du fait qu'ils entendent des voix par peur de recevoir un diagnostic de santé mentale par la suite et d'être stigmatisées.

Historiquement, les hallucinations étaient un trait déterminant pour les troubles schizophréniques et psychotiques. L'hallucination peut être expliquée comme une expérience de vision, d'entente de voix ou par un autre phénomène sensoriel en l'absence de ces derniers (Bortolon & Raffard, 2021). Les hallucinations auditives au sein du trouble de la schizophrénie sont décrites comme des voix négatives utilisant un pronom à la troisième personne. Néanmoins, les hallucinations acoustico-verbales (HAVs) ne sont plus uniquement spécifiques à la schizophrénie ou à un épisode psychotique (*Ibid*). Il est à noter que selon des études épidémiologiques, les HAVs sont également présentes dans les troubles bipolaires (11,3 à 62,8%), les troubles de personnalité borderline (29%), les troubles de stress post-traumatique (50%) ou encore la dépression (5,4 à 40,6%) (*Ibid*). Par ailleurs, le phénomène d'entente de voix est documenté dans plusieurs maladies neurodégénératives, comme la maladie d'Alzheimer, de Parkinson ou causé par des lésions cérébrales (*Ibid*). Une revue de la littérature souligne que 95% des caractéristiques précises des hallucinations des personnes qui vivent avec la schizophrénie sont présentes chez les autres troubles mentaux ainsi que les troubles neurologiques mentionnées précédemment

(*Ibid*). Les études montrent l'importance d'une approche transdiagnostique des hallucinations auditives. Par conséquent, il ne faut pas mêler uniquement les hallucinations auditives à la psychose ou à la schizophrénie (*Ibid*). Or, il n'est pas rare de constater que des individus de la communauté identifient toujours les entendeurs de voix comme des schizophrènes ou des personnes qui ont fait des psychoses. En adoptant ce type de pensée, le phénomène d'entente de voix est vu comme étant pathologique alors que ce ne l'est pas.

Plusieurs recherches ont été effectués dans la population générale pour comprendre le phénomène d'entente de voix. L'une des plus grandes recherches fut effectué par Sommer *et al.* en 2008 avec 4 135 participants, dont 103 individus qui n'avaient aucun diagnostic psychiatrique soit 2,5% (*Ibid*). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, il est tout de même possible d'entendre des voix, car ce phénomène peut toucher plusieurs personnes différentes. Waters et Fernyhough ont conclu que plusieurs traits précis des hallucinations se retrouvent autant chez les personnes qui vivent avec la schizophrénie que ceux qui n'ont aucun trouble de santé mentale diagnostiqué (*Ibid*). La différence est que ceux qui vivent avec la schizophrénie ressentent davantage de détresse avec les hallucinations, ce qui bouleverse grandement leur quotidien (*Ibid*). Il semble donc que la détresse superposée aux hallucinations qui affectent la fonctionnalité de la personne serait la principale distinction entre des « sujets cliniques des sujets non cliniques concernant l'expérience d'entente de voix » (Peters *et al.*, 2016, cité dans Bortolon & Raffard, 2021, p.411). Il va de soi que la présence d'une détresse dû aux hallucinations suscite la personne à obtenir des soins (Daalman *et al.*, 2016, cité dans Bortolon & Raffard, 2021). Néanmoins, les soins requis ne seront pas toujours adaptés à la compréhension du phénomène d'entente de voix.

Selon un cadre médical, le fait d'entendre des voix est considéré comme un symptôme d'une maladie mentale jugé grave (Evrard & Le Malefan, 2013). L'exploration du contenu ou du sens des voix n'est pas pris en considération, car ces derniers ne sont pas estimés importantes pour justifier un diagnostic médical (*Ibid*). L'opposition de la vision médicale à une exploration des voix peut remonter jusqu'à Jaspers, en 1933, qui discréditait d'effectuer un travail pour comprendre le sens des voix, en mentionnant qu'il s'agissait d'individu souffrant d'une maladie biologique comportant des délires irrécupérables. Les psychiatres recherchaient des réponses aux « hallucinations » en fonction des 11 éléments retenus à ce niveau dans le CIM-10 (*Ibid*). Les autres réponses importaient peu par la suite et les psychiatres incitaient les patients à ignorer les voix qu'ils entendaient, ce qui entre en contradiction avec le travail de Romme et d'Escher qui favorise d'explorer le sens psychologique et spirituel rattaché aux voix (*Ibid*). Pourtant, autant Jaspers qu'Esquirol avaient admis la possibilité que les voix puissent aider les personnes à s'adapter socialement (*Ibid*). Il est possible de constater la contradiction de ces propos lorsque des psychiatres choisissent de les traiter uniquement comme des phénomènes problématiques (*Ibid*).

Selon une étude de Miller et al., 52% des personnes qui ont des hallucinations ont une vision positive de leurs voix, sans prendre en compte leur(s) diagnostic(s), leur(s) traitement(s) ou leurs soins reçus. Ces dernières mentionnent des bienfaits de leur voix au niveau de leur apaisement, de leur vision d'eux-mêmes ainsi que de leur présence (en termes de compagnie) (*Ibid*). Près de 20% de ces derniers refusent que leurs voix

s'éclipsent pour toujours (*Ibid*). Ainsi, les voix peuvent autant être positives que négatives, elles peuvent être entendues comme une voix humaine (Bortolon & Raffard, 2021). Il est possible de savoir plusieurs détails sur les voix comme leur âge, leur sexe et même de déterminer combien de voix la personne entend. Shergill, Murray et McGuire ont fait une étude en 1998 qui divulguait qu'entre 10 et 39% de la population avait déjà entendu, au moins à une reprise, des voix dans leur vie, et ce peu importe l'âge (AQRP, 2014). Près de 6% des entendeurs de voix ont eu leur première apparition des voix avant l'âge de 6 ans et environ 10% entre 10 et 20 ans (*Ibid*). Puis, 74% de ces derniers ont entendu des voix pour la première fois après l'âge de 20 ans (*Ibid*). En fin de compte, personne n'est réellement à l'abri d'entendre des voix au moins une fois au cours de sa vie.

1.4 Modèle explicatif

Les modèles médicaux ou biologiques vont permettre aux entendeurs de voix de trouver un sens dans l'explication de leur(s) voix à travers un diagnostic, des symptômes ou un problème génétique. Ce modèle priorise la prise de médication pour venir contrôler et arrêter les voix (Nexus, 2017; Molinié, 2018). Or, ce modèle peut être insuffisant s'il est utilisé seul pour de nombreux entendeurs de voix. En effet, en psychiatrie, le fait d'entendre des voix est généralement perçu comme une hallucination, soit le symptôme d'un trouble de santé mentale (Molinié, 2018). Néanmoins, ce modèle médical ne doit pas être le seul modèle disponible pour analyser et comprendre les voix.

Ainsi, plusieurs modèles explicatifs existent concernant l'entente de voix. Marius Romme a remis en question le pouvoir médical sur la prise en charge de ses « hallucinations »

qu'éprouvaient sa patiente Patsy Hage. En effet, malgré la prise de fortes doses de neuroleptiques qui aurait dû traiter sa psychose et ainsi diminuer ses voix, l'état de Patsy Hage ne s'améliorait point. Elle était ainsi au bord du suicide (Nexus, 2017). Comme mentionné auparavant, Romme changea sa pratique psychiatrique pour inclure l'expérience des croyances vécues par la personne qui entend des voix. Ainsi, Romme et Escher ont montré que les modèles qui réduisent les voix uniquement à une manifestation pathologique ne sont pas toujours convenable pour aider les entendeurs de voix. Ils prônent un modèle où il y a une compréhension du cadre de référence de l'entente de voix ainsi que des entendeurs de voix, en plus d'appuyer les changements dans la relation avec les voix et de soutenir le rôle des pairs pour diminuer la stigmatisation et l'isolement vécus (Molinié, 2018).

Parallèlement au modèle biologique et médical, mentionnons le modèle cognitif qui observe la réaction émotionnelle et comportementale que l'entendeur de voix accorde à ce phénomène (Bortolon & Raffard, 2021). Une personne peut avoir des voix bienveillantes, menaçantes ou abusives. Ce modèle décèle que l'interprétation des voix fait varier le comportement que la personne adopte pour affronter ces dernières (*Ibid*). Autrement dit, une personne qui subit une prise de pouvoir des voix sur sa vie risque d'adopter la fuite ou même l'évitement comme comportement pour se mettre en sécurité (*Ibid*). Ainsi, une personne peut adopter des comportements pour éviter l'apparition des voix, comme dormir toute la journée pour échapper à celles-ci. En 2014, Chaix *et al.* ont effectué une étude auprès de 28 individus aux prises avec l'entente de voix. 93% d'entre-eux utilisaient l'évitement, 64% préféraient la fuite et 46% choisissaient de confronter les voix par des

cris ou une dispute avec elles selon les périodes de vie des individus (*Ibid*). Le choix d'une stratégie résulte de la croyance qu'une personne accorde à l'absolutisme et l'origine des voix. Ainsi, le type de croyances détermine la résistance et l'engagement vis-à-vis les voix, par exemple en dialoguant avec elles, en recueillant leurs conseils ou en obéissant aux ordres (*Ibid*).

Par ailleurs, Eleanor Longden a permis de faire des avancées et de mieux comprendre le phénomène d'entente de voix en 2013 lors d'une conférence TED. Eleanor Longden est une psychologue, chercheuse, mais également une entendeuse de voix (Molinié, 2018). Elle commencera à entendre des voix lors de sa première année d'université, ces dernières faisaient des commentaires sur les actions de Longden avant de devenir de plus en plus désobligeantes. La psychiatrie l'a influencé à voir les voix comme étant un symptôme et non comme une expérience, ce qui a multiplié la peur et la résistance face à ces dernières (*Ibid*). Les sentiments de désarroi, de honte, de frayeur et de surprise créent une résistance qui fera accroître les voix. Ces sentiments augmentent lorsque les voix sont malveillantes et agressives (*Ibid*).

Les proches ainsi que les professionnels de la santé qui sont impliqués avec une personne qui entend des voix peuvent se sentir impuissant dans cette situation d'expérience sensorielle dans l'aide à leur offrir. Pour éviter d'accentuer les voix négatives, les professionnels de la santé n'accordent généralement aucune importance au contenu des voix et proposent aux entendeurs de voix d'ignorer ces expériences vécues (*Ibid*). Toutefois, en encourageant les entendeurs de voix à garder secret les expériences vécues,

les professionnels de santé ont tendance à isoler davantage les entendeurs de voix qui risquent de conserver en silence leurs peurs et de ressentir de la honte d'avoir des perceptions auditives. L'impuissance ainsi que la méfiance des entendeurs de voix se cristallisent envers les soins hospitaliers et de la prise de médicaments. Les médicaments peuvent venir affecter le quotidien de la personne en la rendant davantage passive qu'active. Les entendeurs de voix n'ont pas toujours le pouvoir de donner leur opinion aux professionnels prescrivant leurs médicaments (*Ibid*). Ainsi, on peut se demander : quel pouvoir les entendeurs de voix ont-ils réellement sur le choix de leur prise en charge ou de leur traitement ?

1.5 Évolution du mouvement des entendeurs de voix

Le mouvement des entendeurs de voix a permis de faire évoluer la psychiatrie à travers les concepts utilisés. La personne sera vue comme étant un entendeur de voix et non uniquement comme une personne psychotique (Nexus, 2017). Le fait d'utiliser le terme entendeurs de voix permet une désignation non stigmatisante (*Ibid*). Par ailleurs, en choisissant ce terme « d'entendeur de voix », la personne peut nous parler librement de son état sans avoir à passer par un diagnostic. Cette lutte à la stigmatisation peut aussi être efficace pour le diagnostic de schizophrénie qui apporte un lourd poids lorsqu'il est mentionné (Braun, Evrard et Génot, 2020). Principalement, si la personne n'obtient pas ce diagnostic, il sera probablement plus facile pour elle de nous parler librement de son anxiété ou de sa dépression. Ainsi, cette prise de réappropriation permet possiblement une meilleure acceptation de soi et des autres, tout en évitant d'augmenter la détresse de la personne par des situations négatives (*Ibid*).

Par ailleurs, le choix d'utiliser le terme entendeur de voix permet de mettre de côté l'approche médicale qui demande de s'expliquer à travers un diagnostic. Ce modèle choisit de prendre un pas de recul par rapport au champ médical et de laisser la personne nous mentionner les informations qu'elle souhaite partager sur sa situation. Certaines personnes ont reçu des diagnostics de santé mentale, mais ne se considèrent pas comme « malade mentaux » en raison notamment de la connotation négative des termes d'hallucinations ou de schizophrénie (*Ibid*). L'entente de voix est vue alors comme une approche phénoménologique qui désigne une situation inhabituelle hors des schémas cognitifs et émotionnels d'une personne. Ce choix, qui tend vers un modèle déstigmatisant, permet d'adoucir les termes choisis pour une définition plus neutre et moins connotée négativement. Ce modèle prend donc en considération l'expérience de la personne pour y chercher sa signification et ses croyances. En effet, différentes conceptions et compréhensions de la maladie sont possibles et celles-ci vont varier en fonction de chaque personne. Un entendeur de voix pourrait donc adopter une croyance mystique ou religieuse; cela signifie qu'il conçoit alors la perception auditive comme un accroissement de sa conscience ou comme une révélation (Braun, Evrard et Génot, 2020; Nexus, 2017). Les entendeurs de voix avec des croyances spirituelles peuvent admettre que les voix sont perçues comme des âmes vagabondes ou même des esprits (Nexus, 2017). Le modèle parapsychologique, nous indiquerait de son côté que les voix sont perçues comme étant un don ou doté d'une capacité remarquable (*Ibid*). En somme, chaque personne aura ses croyances sur les voix en fonction des significations qu'elles leurs accorderont.

1.6 Pertinence sociale

De nos jours, il arrive encore que des personnes pensent que les « hallucinations » sont associées à la schizophrénie. Cette croyance peut donc expliquer en partie que des entendeurs de voix qui vivent avec la schizophrénie s'identifient à travers cette maladie pour justifier le fait qu'ils entendent des voix. Les recherches sur l'acceptation et l'appropriation des voix, dans la langue française, chez les entendeurs de voix sont moindre comparées à celle dans la langue anglaise. Il est donc pertinent d'effectuer des recherches pour augmenter nos connaissances sur cette problématique, mais aussi d'adapter notre pratique pour davantage inclure les entendeurs de voix dans la société et ainsi potentiellement diminuer la stigmatisation à laquelle ils font face.

Il est possible de bien vivre malgré l'entente de voix et de recevoir de l'aide de professionnels adaptés. Cependant, certaines personnes voient un diagnostic quelconque ou le fait d'entendre des voix comme une barrière pour atteindre leur rêve ou leurs objectifs de vie. La barrière s'installe en fonction d'une vision médicale qui tente de normaliser des comportements et des pratiques à adopter en fonction de certains diagnostic (Evrard & Le Malefan, 2013). Les entendeurs de voix qui adhèrent à cette vision ont de fortes chances d'affronter des obstacles dans leur processus de rétablissement. La pertinence de mieux comprendre le phénomène de l'entente de voix à l'écart d'une vision médicale est donc nécessaire pour analyser les différents enjeux qu'affrontent les entendeurs de voix dans leur vie. En effet, la compréhension, ainsi que la reconnaissance des entendeurs de voix n'est pas uniforme dans la société. C'est pourquoi la promotion de ce groupe devient

conséquente pour sensibiliser la population aux phénomènes d'entente de voix pour ainsi diminuer la désinformation de leur vécu pour mieux les accepter.

1.7 Pertinence scientifique

Les recherches médicales sur un ou plusieurs types d'« hallucinations » sont nombreuses comparées à celle sur les entendeurs de voix. De nouvelles recherches sont donc nécessaires pour apporter des connaissances modernes, mais surtout des pistes d'interventions adaptées pour les entendeurs de voix. Dans le cadre de ce mémoire, nous souhaitons contribuer à la recherche sur les entendeurs de voix en ajoutant une vision du travail social à cette dernière.

1.8 Question de recherche

À la suite de notre recherche pour cette problématique, nous avons réussi à identifier l'angle de recherche pour ce mémoire sous la forme de la question suivante : quels sont les enjeux auxquels les personnes aux prises avec des perceptions sensorielles font face ? Notre choix d'utiliser les termes « perceptions ou phénomènes » plutôt qu'« hallucination » s'inscrit dans une volonté de réduire la stigmatisation et démontrer notre respect envers les personnes qui vivent de ces expériences. Nous souhaitons utiliser des termes davantage positifs pour apporter un changement de vision de la société, incluant les professionnels de la santé, vis-à-vis des entendeurs de voix.

2. Cadre théorique

Afin de contribuer au changement social, il importe, tout d'abord, de prendre conscience des mécanismes d'exclusion de certains groupes sociaux. Foucault, dans *l'histoire de la folie*, définit les processus d'exclusion comme « [d]es vastes processus de partage qui déterminent l'espace social » (Dekens, 2011, p.83). Dans ce contexte, les discours ont un poids important; ils sont à la base du savoir et donc du pouvoir : « autrement dit : ce ne sont pas forcément des modes de pouvoir politique qui constituent les objets du savoir, mais aussi souvent des discours construisant ces mêmes objets » (*Idem*, p.84-85). Si le pouvoir produit des choses (discours, savoir, etc.), il peut également et simultanément exclure, comme dans le cas de la folie. L'apparition d'un lien entre le pouvoir et le savoir s'installe tranquillement dans la pensée foucauldienne, en mettant en avant notamment que le discours jouer un rôle majeur dans la formation et les processus de légitimation du pouvoir. La définition du pouvoir que Foucault explicite ci-dessous nous montre que ce dernier est à comprendre dans un processus dynamique, complexe et traversant le social :

Par pouvoir, il me semble qu'il faut comprendre d'abord la multiplicité des rapports de force qui sont imminents au domaine où ils s'exercent, et sont constitutifs de leur organisation; le jeu qui par voie de luttes et d'affrontements incessants les transforme, les renforce, les inverse; les appuis que ces rapports de force trouvent les uns dans les autres, de manière à former chaîne ou système, ou, au contraire, les décalages, les contradictions qui les isolent les uns des autres; les stratégies enfin dans lesquelles ils prennent effet, et dont le dessin général ou la cristallisation institutionnelle prennent corps dans les appareils étatiques, dans la formulation de la loi, dans les hégémonies sociales. (Foucault, 1976, p.121-122)

Ainsi, l'inégalité et l'instabilité dans les rapports de force crée le pouvoir. Le pouvoir existe par les relations entre chaque personne, il y a donc du pouvoir partout (*Idem*). Un autre

élément important pour Foucault dans sa conception du pouvoir est la place primordiale du corps:

(...) à partir d'une mise en place d'un pouvoir qui s'exerce sur le corps même (...) que les rapports de pouvoir peuvent passer matériellement dans l'épaisseur même des corps sans avoir à être relayés par la représentation des sujets. Si le pouvoir atteint le corps, ce n'est pas parce qu'il a d'abord été intériorisé dans la conscience des gens. Il y a un réseau de bio-pouvoir, de somato-pouvoir qui est lui-même un réseau à partir duquel naît la sexualité comme phénomène historique et culturel à l'intérieur duquel à la fois nous nous reconnaissons et nous nous perdons. (Foucault, 2001, p.231)

Foucault a grandement étudié la sexualité pour expliquer les rapports de pouvoir. De ce dernier extrait, nous comprenons que le pouvoir prend assise directement dans le corps. Pour bien expliquer la présence de relation de pouvoir, nous reprendrons un exemple utilisé par Foucault. Un enfant va à l'école pour apprendre des choses qu'il ne connaît pas par un professeur qui sait ses informations pour lui enseigner. Ce même enfant possède également une famille où il peut faire des apprentissages. Toutefois, personne n'est « le représentant de l'État auprès de l'enfant » (*Idem*, p.230). L'État fonctionne par la présence de différentes relations de pouvoirs distincts les uns avec les autres.

Le pouvoir dans la société se transmet par les normes. Le pouvoir chez Foucault est donc un pouvoir normatif. Il n'est donc pas étonnant dans ce contexte que la « (...) prise en considération des individus en fonction de leur normalité (...) est, je crois l'un des grands instruments de pouvoir dans la société contemporaine » (*Idem*, p.375). On nous montre ce qui est bien et ce que nous devons reproduire, tandis que ce qui est mal est puni. Nous sommes donc une société de la norme (*Idem*, p.75) depuis l'émergence des sociétés disciplinaires en Europe. La définition de la normalité implique l'émergence du couple «

normal » et « pathologique » qui traversera les sciences médicales (*Idem*, p.76). Médecine et normalité sont donc intrinsèquement liées. Autrement dit, « le pouvoir médical est au cœur de la société de normalisation » (*Idem*, p.76). De façon caricaturale, on pourrait dire que le monde médical travaille à modifier le comportement d'une personne pour qu'il corresponde à la norme. Certains vont obéir et se conformer à la norme, alors que d'autres vont s'en éloigner (*Idem*, p.374). Il se peut que quelques-uns soient incorrigibles, mais deviendront corrigibles en adoptant certaines stratégies alors que d'autres nécessiteront l'utilisation de diverses interventions de professionnels (*Idem*, p.374-375). Nous ne pouvons échapper aux normes sociales et nous en sommes tous les produit. Il peut cependant arriver des luttes de pouvoir, une résistance de la part de certaines personnes de la société qui refusent de se conformer avec les normes de la société (*Idem*, p.407). Pour Foucault, il s'agit principalement d'uniformiser les conduites, pour que ces dernières permettent de réguler des comportements précis par la suite. Il ne s'agit pas d'utiliser la violence ou une lutte, mais bien de gouverner des modes d'actions singuliers (*Idem*, p.1056). Pour Foucault, les individus n'assimilent pas de façon passive le pouvoir. Ainsi, là où il y a pouvoir, il y a résistance. Une relation de pouvoir ne peut donc se faire sans résistance (*Idem*, p.1061).

Depuis quelques décennies, plusieurs problèmes autant sociaux que personnels se voient standardisés pour entrer dans la catégorie de la santé mentale. Le *Diagnostic and Statistical Manual (DSM)* est considéré comme la référence en santé mentale qui permet de classer un ensemble de ces problèmes sociaux et comportements dits problématiques en des diagnostics (Blais, 2007). Cette volonté de normalisation a pour conséquence de vouloir

mettre dans des catégories un ensemble de comportements « déviants » et de problèmes sociaux.

Ainsi, un phénomène comme l'entente de voix se voit réduit à un symptôme de la schizophrénie. Cette situation entraîne une possible stigmatisation des entendeurs de voix qui se voient coller une étiquette de schizophrène en fonction du système de classification mis de l'avant par le DSM (Braun, Evrard et Génot, 2020). Autrement dit, en adoptant uniquement des savoirs experts, une distance se crée entre le professionnel de la santé et l'entendeur de voix (Blais, 2007). Le savoir des entendeurs de voix est souvent réduit au silence par les professionnels de la santé. Dès lors, on peut se questionner sur le pouvoir que les entendeurs de voix ont sur leur situation et leur trouble.

Le souci de tout médicaliser prend de plus en plus de place dans les sociétés contemporaines occidentales au mépris de certains groupes sociaux souvent discriminés qui subissent les foudres de cette dernière. Les entendeurs de voix se voient bien trop souvent incompris, depuis le DSM-III, car l'entente de voix est rattachée au diagnostic de schizophrénie, malgré les lacunes scientifiques qui appuient ce regroupement (Braun, Evrard et Génot, 2020).

Le bio-pouvoir est une combinaison des disciplines, qui se situe au niveau micro, et des politiques étatiques (niveau macro), communément appelé biopolitique (Foucault, 1976). L'adoption d'un cadre théorique sur le bio-pouvoir permet de mieux analyser les résistances des entendeurs de voix. Le bio-pouvoir produit des individus dits normaux, qui

vont plus ou moins adopter la norme, répondre aux exigences normatives (*Ibid*). Certains individus ne répondront donc pas à ces critères et se verront considérés comme à l'écart des normes. Autrement dit, ils résistent à ce pouvoir qui tente de prendre place dans la société. Reprenons un exemple mentionné plus haut.

Le DSM discipline les individus au niveau des symptômes (niveau micro) et par les politiques de santé publique et la médication (niveau macro). Au niveau micro, les entendeurs de voix se voient confinés dans un certain nombre de symptômes dans un but d'être catégorisé dans le DSM. Le fait d'entendre des voix n'est pas considéré comme une norme sociale acceptable, donc en suivant cette pensée, il faut supprimer les voix, par un moyen qui peut régler le problème soit par la médication et ce afin de se conformer aux normes sociales. Néanmoins, la médication ne règle pas l'ensemble des situations. En effet, on peut se demander la pertinence d'un diagnostic d'une personne qui entend des voix, mais qui n'a jamais eu de problème avec ces dernières (et donc fonctionne socialement) (Braun, Evrard et Génot, 2020) ? Toutefois, certaines personnes de la société pourraient concevoir le fait d'entendre des voix comme problématique et vouloir régler celui-ci par l'utilisation de moyens qui permettraient de résoudre ce dernier (médication, psychothérapie, etc.).

Le biopouvoir, comme mentionné, implique une possibilité de résistance. Les entendeurs de voix qui luttent contre le diagnostic de schizophrénie qu'on tente de leur appliquer illustrent cette lutte à l'étiquetage. Le biopouvoir produit des comportements normaux, anormaux et pathologiques. Notons cependant qu'il n'est pas possible d'être hors la norme,

la norme crée seulement des écarts, elle par essence inclusive. Il est fascinant de s'intéresser à la façon dont les entendeurs de voix peuvent entrer dans une nouvelle normalité où ils seront davantage pris en considération sans vouloir les mettre dans une boîte auxquels ils ne correspondent pas toujours. En laissant de côté la possibilité d'écouter une personne, Foucault nous dirait qu'on minimise leurs propos en regard de ceux issus de la science, de la médecine (Blais, 2007). Foucault nous dirait que lorsqu'il y a de la résistance, il faut l'analyser pour comprendre ce qu'il en résulte. Pour obtenir un « bon » discours, Foucault nous dirait qu'on doit utiliser autant le savoir des gens dits ordinaires (ici les entendeurs de voix) que le savoir des experts, notamment médicaux. Dans ce mémoire, nous comptons donc utiliser et faire dialoguer le savoir des entendeurs de voix ainsi que le savoir de la science dans un cadre théorique de bio-pouvoir pour répondre aux enjeux auxquels les entendeurs de voix aux prises avec des perceptions sensoriels font face.

3. Analyse et discussion

Dans cette section, nous tenterons de répondre à notre question de recherche, à savoir quels sont les enjeux auxquels les personnes aux prises avec des perceptions sensorielles font face ? Nous répondrons à cette question en présentant des enjeux actuels et passés, tout comme certains angles-morts au niveau des perceptions sensorielles. Cette discussion sera analysée en fonction d'un cadre théorique issu du bio-pouvoir (Foucault, 1976).

3.1 Les enjeux d'obtenir des soins et des services adaptés

Toute personne qui éprouve une difficulté quelconque dans la vie souhaite obtenir des services adaptés le jour où elle sera prête à demander de l'aide. Pour les entendeurs de voix, il peut être difficile d'obtenir des services qui seront adaptés selon leurs besoins. Traditionnellement, les professionnels qui œuvraient en psychiatrie ne devaient pas travailler sur les « hallucinations », pour ainsi éviter d'alimenter le contenu de ces dernières. Ainsi, les professionnels les invitaient à choisir des stratégies, à court terme, qui feraient cesser l'entente de voix, comme se boucher les oreilles ou tout simplement ignorer les voix. Toutefois, ce déni n'a fait qu'augmenter et même consolider les voix négatives et malveillantes (Hoffman, 2012). Si un professionnel de la santé, refuse d'écouter une personne qui lui indique entendre des voix, il renforce un sentiment négatif et d'exclusion, ce qui risque d'amener une personne à s'isoler, ce qui augmenterait l'impact négatif des voix chez cette dernière (*Ibid*).

Ce refus de vouloir entendre parler d'entente de voix donc être mise de côté pour mieux aider les entendeurs de voix. Foucault nous dirait qu'à travers cette résistance (volonté

d'entendre des voix), nous pouvons développer de meilleures connaissances en prenant en considération le discours des entendeurs de voix. En misant sur un partenariat entre un professionnel de la santé et un entendeur de voix, le savoir de ce dernier pourra enrichir les connaissances du premier en fonction des croyances que la personne rattache au fait d'entendre des voix (Coleman et Smith, 1997 ; 2007).

En effet, nous pensons qu'en adoptant une nouvelle façon de concevoir l'entente de voix, le professionnel de la santé ne verra plus ce phénomène comme un symptôme, mais bien comme une expérience prospère où le but est de comprendre le sens attaché pour aider l'individu qui vit cette situation à s'en affranchir (Romme et al., 1992). L'importance est d'apporter l'aide à la personne pour qu'elle sente une libération et non une exclusion ou un isolement social. Le fait de travailler avec un entendeur de voix sur ses voix au lieu de vouloir les éliminer permet de diminuer la stigmatisation à leur égard ainsi que le pouvoir que les voix ont sur la personne. Ainsi, nous pourrions également diminuer la détresse des entendeurs de voix vis-à-vis de leur condition et augmenter leur pouvoir d'agir sur la situation (Cameron et McGowan, 2013).

Pour offrir des services adaptés, une vision médicale nous demanderait d'utiliser un outil d'évaluation qui permet d'identifier clairement l'entente de voix. Toutefois, il existe une difficulté dans ce processus d'évaluation, simplement par le fait qu'une personne peut décider de cacher le phénomène de voix qu'elle vit par peur d'inquiéter ses proches. Ainsi, à moins que la personne accepte de parler de son entente de voix, il existe peu d'outil

d'évaluation qui permet d'identifier que cette personne vit cette situation (Demeulemeester et al., 2014).

Les outils existants sont souvent centrés sur l'évaluation des symptômes psychotiques, ce qui alimente d'une certaine façon la fausse croyance que l'entente de voix serait uniquement pathologique. Par contre, un professionnel ayant plusieurs expériences et connaissances au niveau des entendeurs de voix, sait que Romme et Escher ont développé le questionnaire de Maastricht. Il s'agit d'un guide d'entretien semi-structuré qui permet d'examiner l'entente de voix ainsi que des autres phénomènes sensoriels vécus par la personne. Ce dernier permet d'obtenir plusieurs informations soit les caractéristiques, le contenu et la relation avec les voix et les stratégies utilisées (actuellement ou passé), l'anamnèse des perceptions vécus, les déclencheurs autant passés qu'actuels, l'histoire de vie de la personne et de ses traitements pour conclure avec son réseau social (Escher, Hage et Romme, s.d.).

Le questionnaire de Maastricht permet d'identifier la représentation des voix ainsi que les enjeux possibles dans un contexte où les voix peuvent autant être le problème que la solution. L'utilisation de ce questionnaire avec un entendeur de voix, en fonction bien sûr des réponses que ce dernier accordera à l'intervenant, lui permettra de mieux comprendre le sens de ses voix et de mieux les intégrer dans leur vie (Molinié et Demassiet, 2016). Quoi qu'il en soit, ce questionnaire est adapté aux entendeurs de voix et il est accessible sur le site Internet d'*Intervoice* (s.d.). Or, pour l'utiliser il faut au minimum que les professionnels de la santé soient au courant qu'il existe. Cet enjeu reste d'actualité, car peu

d'entendeurs de voix ont accès à des soins dû au manque de professionnels spécialisés à cette réalité (Raffard et Bortolon, 2021).

Comment pouvons-nous offrir des services adaptés aux entendeurs de voix ? Un début de réponse résulte en la reconnaissance du savoir des entendeurs de voix, car ils sont les experts pour nous parler des voix qu'ils entendent. Les professionnels de la santé peuvent accompagner l'entendeur de voix à identifier les fonctions de leur(s) voix (St-Onge et Ngo Nkouth, 2017) : est-ce que la voix est positive ou négative ? Est-ce que la voix est bienveillante ou malveillante ? Est-ce que la voix se veut protectrice ou persécutante ? Une voix peut être positive, mais également persécuter l'entendeur de voix. L'intervenant peut donc accompagner l'entendeur de voix à identifier les fonctions de chacune de ses voix.

Le pouvoir et le savoir sont ainsi dirigés directement envers l'entendeur de voix qui est le seul à pouvoir nous mentionner ses informations. Il est important de prendre un pas de recul par rapport aux dimensions médicales pour ne pas venir influencer notre perception. Lorsque l'entendeur de voix a identifié les fonctions de ses voix, l'intervenant peut ainsi le soutenir dans la transformation de voix malveillantes en voix bienveillantes (*Ibid*). L'interaction des voix sera influencée selon sa fonction précise. Les fonctions positives seront bien entendue privilégiées, alors que celles négatives seront à diminuer. En encourageant un entendeur de voix à travailler sur les fonctions de ses voix, celui-ci pourra reprendre graduellement le pouvoir sur sa vie et ainsi retrouver une plus grande confiance en soi. L'entendeur de voix pourra trouver une nouvelle normalité avec les voix positives et bienveillantes.

Le mouvement des entendeurs de voix adhère bien au modèle du rétablissement, car les deux demandent aux professionnels de la santé de prendre en considération le point de vue de la personne qui vit l'expérience. May et Hayes (2012) expliquent que le concept de rétablissement « est un procès d'apprentissage et d'adaptation au fait d'entendre des voix, permettant de tirer parti de cette expérience, tout en reprenant le contrôle sur sa vie » (p. 196). Or, cela peut créer une certaine tension entre des entendeurs de voix et certains psychiatres qui peuvent imposer leur pouvoir et leur savoir sur les premiers (Laval, 2017). Lorsque des psychiatres choisissent de restreindre d'entendre le savoir que les entendeurs de voix peuvent apporter, cela perpétue les inégalités entre les soignants et les soignés. Le modèle du rétablissement oblige les psychiatres et les infirmiers à donner un pouvoir aux entendeurs de voix dans le processus d'aide en accordant une importance au sens des voix. Ce type de modèle nécessite de comprendre à un niveau différent les entendeurs de voix en leur accordant davantage de pouvoir, ce qui est un changement dans le champ de la santé mentale (*Ibid*). Lorsque des entendeurs de voix ont des professionnels qui les appuient, cela favorise leur émancipation.

Néanmoins, des professionnels de la santé peuvent parfois ne pas vouloir écouter ces voix, à cause de la peur de voir leur métier dévalorisé, car le savoir pris en considération dans cette histoire ne provient pas d'eux, mais bien des entendeurs de voix. Il se peut également que ces travailleurs soient heurtés par le témoignage des entendeurs de voix, ce qui rend parfois difficile l'acceptation que le pouvoir et le savoir médical n'ont qu'une aide limitée. Une perte de la position d'expert des professionnels crée ainsi un changement dans le

savoir et le pouvoir pour le renvoyer vers les entendeurs de voix qui détiendront le savoir prioritaire dans cette situation.

En revanche, il se peut aussi qu'une personne entende des voix négatives qui l'empêchent d'obtenir de l'aide ou d'avoir des services adaptés à ses besoins. Les voix pourraient ainsi mentionner à une personne de ne pas écouter le professionnel et cette dernière, souvent par peur, obéit à la voix et refuse l'aide. Il faut donc parfois accepter qu'une personne refuse l'aide proposée (St-Onge et Ngo Nkouth, 2017). Or, s'il y a un danger pour la personne ou autrui, la rapidité des interventions est nécessaire pour aider la personne à déconstruire le pouvoir que la ou les voix ont sur la personne (*Ibid*).

3.2 Enjeu d'acceptation des voix

Qu'est-ce que c'est exactement d'accepter les voix ? En fait, « cela suppose de considérer les voix comme une expérience réelle, d'honorer la réalité subjective de l'Entendeur de voix et de reconnaître que les voix sont une expérience que l'Entendeur peut, avec du soutien, gérer avec succès » (Cortens, Longden, Mc Carty-Jones, Waddingham et Thomas, 2014, cité dans Molinié et Demassiet, 2016, p.96). De ce fait, si l'entendeur de voix dispose d'un suivi avec un intervenant, ce dernier peut le référer à un groupe d'entendeurs de voix pour l'aider à reconnaître son expérience vécue et ainsi tranquillement pouvoir accepter ce que l'on pourrait qualifier de nouvelle normalité. Plusieurs études ainsi que certains mémoires montrent l'efficacité et les résultats positifs des entendeurs de voix qui choisissent de participer à ces groupes (Molinié et Demassiet, 2016; St-Onge et Ngo Nkouth, 2017). Les groupes d'entendeurs de voix rendent disponible un espace sécuritaire

pour les personnes afin de trouver un sens aux voix et de s'approprier leur réalité. Ils permettent également de partager son expérience, sans avoir peur du jugement, et d'acquérir des stratégies pour mieux accepter ce phénomène. Dans ces groupes, les entendeurs de voix sont la source de savoir et ont le pouvoir d'aider les autres en partageant leurs connaissances. Il n'y a pas d'enjeu de savoir médical, étant donné que les intervenants qui animent ces groupes sont souvent fusionnés avec un entendeur de voix ou un pair aidant, car leurs rôles sont principalement d'être le facilitateur pour assurer un bon fonctionnement des séances. Ainsi, les entendeurs de voix pourront par leurs partages d'expériences normaliser leur situation de vie qui est réelle et donc davantage l'accepter.

3.3 La non-reconnaissance sociale

Laval dans son texte *Des professionnels de santé mentale engagés auprès d'un réseau d'entendeurs de voix dans un programme de chez soi d'abord* nous dit :

Levons d'emblée ici un possible malentendu : l'entente des voix n'est pas documentée ici selon le vécu singulier, voix par voix, des personnes, mais est considérée comme un problème public qui propose que l'entente de voix ne soit pas identifiée à un symptôme médical. Dit autrement, être entendeur de voix est ici envisagé comme une catégorie plus politique que clinique, plus collective qu'individuelle. (Paragr. 10)

Entendre des voix peut amener plusieurs questions, mais également une peur auprès des individus, autant ceux touchés que ceux non affectés. La peur chez les entendeurs de voix sera décrite plus bas, lors de l'évocation des enjeux de résistance. Chez les autres individus, soit ceux qui n'entendent pas de voix, Molinié et Demassiet (2016) nous disent « [qu]'il existe une peur socialement construite et entretenue, qui encourage le déni et l'évitement de ces phénomènes et empêche les personnes d'entreprendre une relation avec les voix » (p.98). Ainsi, cette peur perpétue une croyance négative sur les voix et amplifie le déni que

les entendeurs de voix auront sur leur phénomène vécu. Si nous laissons constamment de côté le savoir des entendeurs de voix, nous continuerons d'entretenir cette peur sociale. Les entendeurs de voix intègrent donc dans leur pensée une stigmatisation à leur égard. L'intégration de cette stigmatisation est souvent le principal obstacle au rétablissement de la personne (*Ibid*). Néanmoins, si les membres d'une société sont davantage sensibilisés au phénomène d'entente de voix, la peur envers eux diminuera, ce qui occasionnera un impact positif pour les entendeurs de voix dans l'acceptation de leur situation. Une sensibilisation des membres de la société, ainsi que des professionnels de la santé, au phénomène d'entente de voix, permettrait donc de diminuer la stigmatisation vécue relié à cette condition. Nous devons déconstruire la peur sociale attribué à l'entente de voix pour que celle-ci devienne une expérience sociale acceptée et non stigmatisée.

Rappelons que le mouvement des entendeurs de voix existe depuis 1987 au Pays-Bas. Il a fallu attendre en 2010 avant que la France, avec l'aide de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), crée enfin une journée de sensibilisation spécifique à l'entente de voix (Laval, 2017, paragr.,12). Au Québec, cette journée est également célébrée, le 14 septembre, néanmoins, elle reste encore méconnue d'un grand nombre de personnes (AQRP, 2014). Il s'agit toutefois d'une journée qui permet de sensibiliser de nouvelles personnes au phénomène d'entente de voix, ce qui a comme conséquence de diminuer la stigmatisation à l'égard des personnes se définissant comme entendeur de voix. Ainsi, il sera possible de cesser de faire une distinction entre « eux » soit les entendeurs de voix et « nous », le reste de la société (Laval, 2017, paragr. 22).

Nous vivons dans une société où nous comparons souvent des situations pour mettre en exergue des différences. Or, en identifiant ces altérités, notre comportement a tendance à changer pour stigmatiser le groupe comportant une disparité. La stigmatisation ainsi que l'autostigmatisation des individus vivant avec des perceptions sensorielles, sont alimentés dans un milieu de travail simplement par leur soi-disant différence. Les personnes vivant des perceptions sensorielles peuvent être perçue différemment de leurs collègues simplement par leur différence de vivre avec ces phénomènes (Parker, Schnackenberg et Hopfenbeck, 2021). En effet, une personne qui entend des voix peut avoir des besoins différents pour être en mesure de conserver un emploi. Or, ce n'est pas le fait d'entendre des voix en tant que telle qui crée des enjeux dans le milieu de travail, mais bien la stigmatisation qui y sera reliée et le poids qu'elle peut prendre. Il arrive que certains entendeurs de voix vont refuser d'aborder le phénomène qu'ils vivent avec leur employeur pour éviter une stigmatisation de leur côté. Il est possible de bien vivre et fonctionner avec le phénomène des voix. Le simple fait d'utiliser un langage commun ordinaire permet de ne pas créer de différence entre l'entendeur de voix et ses collègues. L'entendeur de voix n'a pas besoin de nommer clairement qu'il entend des voix pour exprimer ses besoins dans des milieux spécifiques, comme dans un milieu de travail. Si l'entendeur de voix mentionne qu'il arrive mieux à se concentrer dans un environnement de travail qui est plus tranquille, cela sera vu plus positivement que s'il avait indiqué qu'il doit travailler dans un endroit peu bruyant pour éviter que les voix deviennent dérangeantes (*Ibid*). Donc, le simple fait d'avoir un pouvoir sur le choix des mots à utiliser, peut apporter une meilleure inclusion au lieu de miser sur la différence. Toutefois, si la vérité fait surface, cela pourrait peut-être causer un préjudice à l'entendeur de voix par la suite.

3.4 Enjeu de résistance et d'étiquette

Les perceptions sensorielles peuvent être difficiles à saisir pour un professionnel de la santé étant donné qu'elles sont souvent associées aux « hallucinations » qui a longtemps été un sujet tabou dans la société (Demeulemeester et al., 2014). Certains professionnels de la santé vont choisir une vision médicale en adoptant le terme « d'hallucination » ou « d'hallucination acoustico-verbales (HAV) » pour déterminer l'entente de voix (Langlois, 2019, p.27). Or, l'approche à utiliser selon le mouvement des entendeurs de voix serait plutôt de s'attarder à l'incapacité éventuelle de fonctionner avec les voix. Celle-ci deviendrait alors, en tant que nouveau critère différentiel, le point central des discussions entourant cette problématique. Ainsi, le savoir est centré sur l'expériences des entendeurs de voix plutôt que sur la pathologisation (Evrard et Le Malefan, 2013). Autrement dit, l'entente de voix n'est pas un problème en soi. Elle le devient uniquement si celles-ci posent problème.

Ainsi, selon la vision médicale, l'entente de voix serait vue comme étant une perturbation psychologique, identifiée comme un symptôme d'une maladie mentale, souvent la schizophrénie. L'association d'entente de voix au diagnostic de la schizophrénie est très fréquente, principalement en raison du fait que cette dernière est reconnue comme une maladie qui peut occasionner des « hallucinations », ce qui peut augmenter la crainte des entendeurs de voix de mentionner les phénomènes qu'ils vivent (Langlois, 2019). Une personne qui vit avec des troubles schizophrènes peut perdre contact avec la réalité et parfois avoir des idées de grandeurs ou de toute puissance. Néanmoins, l'entente de voix

n'est pas spécifique à l'association que plusieurs font avec la schizophrénie, car il est possible d'entendre des voix sans avoir de diagnostic psychiatrique et bien fonctionner dans sa vie malgré les voix (*Ibid*). Donc, entendre des voix n'est pas synonyme de schizophrénie.

Qu'un individu présente ou non un diagnostic psychiatrique, le fait d'entendre des voix sera souffrant et rempli d'incompréhension. C'est pourquoi il est important de faire la distinction entre « hallucination » et entente de voix dans le choix du vocabulaire utilisé pour ainsi diminuer la stigmatisation qui y est attaché. Le terme « hallucination » est négatif; il est associé à la folie, ce qui occasionne une gêne ainsi qu'une honte d'une personne de parler de son phénomène vécu. Toutefois, cela a un grand impact car « la stigmatisation de ce symptôme comme signe de folie est telle dans nos sociétés modernes, que les personnes touchées par ces pathologies mentales n'osent pas le plus souvent parler des voix qu'elles entendent » (*Idem*, p.28).

Comme nous avons vu précédemment, il est important pour les entendeurs de voix de parler de leurs phénomènes vécus, car ces derniers peuvent parfois être dérangeants. Si un individu advenait à se parler à haute voix pour faire une tâche devant une autre personne, cette dernière pourrait lui répondre en blague à qui parle-t-elle ou même demander s'il a un ami imaginaire qu'elle ne voit pas qui pourrait expliquer cette discussion seule à haute voix. Dans notre langage commun et ses représentations, l'« hallucination » renvoie à la folie, donc à une perte de discernement de la réalité (*Ibid*). Or, en utilisant cette vision,

nous accordons uniquement une importance aux savoirs des experts, qui correspond à celle de la médecine.

Néanmoins, en prenant en considération le discours des entendeurs de voix, nous arrivons à la conclusion qu'il est possible de vivre avec des perceptions sensorielles sans nécessairement perdre ses capacités de discernement (*Ibid*). En ne minimisant pas le savoir des gens dits ordinaires (soit les entendeurs de voix), ces derniers pourront donc discuter de leurs voix plus librement sans avoir peur d'être étiqueté par la suite. Ainsi, l'utilisation de terme approprié permet de traiter les entendeurs de voix plus respectueusement, mais également de diminuer la stigmatisation auxquels ils font face.

3.5 Enjeu du pathologique vs non pathologique

Comme nous l'avons indiqué précédemment, le fait d'entendre des voix ne doit pas être vu comme le symptôme qui permet d'établir un diagnostic. Le mouvement des Entendeurs de voix ne réduit pas ce phénomène à une pathologie, mais le voit comme une situation tout à fait réelle, « humaine », sans être un problème (Réseau nomade, s.d.). Des individus peuvent entendre des voix, sans avoir de diagnostic, et vivre très bien avec cette situation peu importe la nature des voix. Pourquoi ? Simplement, par la façon dont la personne va accueillir, gérer et donner un sens aux voix (*Ibid*).

Pourtant, malgré la volonté que l'entente de voix soit vue comme une situation non pathologique, il n'en demeure pas moins qu'un certain nombre de professionnels réduise constamment cette expérience aux symptômes d'un diagnostic. Ceci a pour conséquence

que plusieurs professionnels utilisent leur savoir expert pour dicter aux entendeurs de voix ce qu'ils peuvent faire ou non, au point que le pouvoir des entendeurs de voix est grandement réduit et qu'ils n'ont plus la possibilité d'exprimer leur savoir dit expérientiel. Les professionnels refusant d'écouter les entendeurs de voix désirant vivre avec leur voix risquent ainsi d'ajuster à la hausse des traitements médicamenteux ou même opter pour une hospitalisation des entendeurs de voix. De tout évidence, il faut renverser cette situation pour que les entendeurs de voix puissent retrouver du pouvoir et ainsi partager leur savoir, et ainsi normaliser (dans le sens de rendre socialement acceptable) le phénomène d'entente de voix (Molinié et Demassiet, 2016). Il est important de modifier la façon de penser des professionnels de la santé pour voir davantage l'entendeur de voix comme un être humain « normal ». Nous sommes d'avis que seuls les entendeurs de voix peuvent réellement nous partager leur savoir, il nous faut les considérer comme des personnes à part entière et non uniquement comme présentant une pathologie. Le mouvement des entendeurs de voix tente de mieux faire accepter ce phénomène depuis leur création, mais cela prend du temps, surtout lorsque les idées sont ancrées depuis plusieurs années.

Malgré le fait que l'on souhaite éviter l'amalgame entre le fait d'entendre des voix et le pathologique, les recherches comportent la majorité du temps une comparaison entre la normalité et le pathologique. Au niveau de l'entente de voix, les recherches peuvent prendre plusieurs directions différentes en fonction des chercheurs et de ce qu'ils veulent montrer. Le phénomène de vulnérabilité sociale et/ou psychologique peut constituer un facteur d'explication pour comparer un individu pathologisé et non pathologisé. De plus, une majorité de chercheur mentionne l'existence d'un continuum entre le « pathologique »

et le « normal ». Ainsi, on peut penser que la vulnérabilité d'une personne vis-à-vis du stress pourrait expliquer l'entente de voix. Autrement dit, tout se passe comme si une plus haute exposition au stress augmenterait le nombre de chance d'entendre des voix (Langlois, 2019).

Il existe deux types de stress, à savoir le stress aigu et le stress prolongé. Le premier type de stress est une source que nous ne pouvions prévoir, comme le décès d'un de nos proches. Il s'agira d'une source de stress importante qui apparaît de façon soudaine et qui aura des conséquences sur les tâches à réaliser au quotidien. Le cerveau pourrait faire apparaître la voix de la personne décédée en réaction au stress aigu (*Ibid*). Le stress prolongé se situe, quant à lui, dans le temps long malgré l'utilisation de stratégie. Ce dernier perdure malgré l'existence possible de stratégie de la part des individus qui en sont victimes. Cette source de stress peut être en lien avec une répétition de situations négatives qui ont eu lieu dans le passé, comme des situations de maltraitance qui peuvent laisser des impacts psychologiques sur la personne (ce qui pourrait stimuler éventuellement l'entente de voix). L'explication biologique donnée serait que le cerveau se développerait de façon différente (plus fortement s'il y a des facteurs génétiques), ce qui expliquerait que la personne serait moins bien préparée à affronter des situations plus stressantes. Dans ce contexte, si le cerveau n'arrive pas à répondre aux exigences sociales et psychologique, ce dernier peut faire apparaître des phénomènes d'entente de voix (*Ibid*).

Une fragilité au stress peut donc être expliquée par une vulnérabilité physiologique (par la construction ainsi que le fonctionnement du cerveau) ainsi que psychologique (par la

construction de notre identité) (*Ibid*). Dans 58 à 95% du temps, une personne peut entendre des voix à la suite d'une situation stressante; celles-ci disparaissent lorsque ce stress est passé (Demeulemeester et al., 2014). Autrement dit, toute personne ayant un niveau élevé de vulnérabilité au stress augmente ses chances d'entendre des voix au cours de sa vie.

Le stress fait partie du quotidien au sein des sociétés capitalistes avancées. Tout le monde peut en subir au cours de sa journée. Néanmoins, une personne doit présenter un certain nombre de prédispositions pour entendre des voix. L'enjeu d'une situation de stress peut faire augmenter l'entente de ces dernières qui seront souvent menaçantes ou même dévalorisantes (Langlois, 2019). Le simple fait de constater l'apparition des voix peut également devenir un enjeu stressant, difficile à accepter et à gérer pour la personne qui le vit. Ce phénomène peut devenir extrêmement envahissant pour les personnes qui entendent des voix et réduire leurs capacités psychologiques de fonctionner au quotidien. Il s'agit donc d'une roue qui tourne sans cesse, car dès que ces personnes prédisposées à entendre des voix seront stressées, les voix apparaîtront, ce qui leur fera peur et influencera ainsi leur comportement dans leur quotidien et leur fonctionnalité (*Ibid*).

La culture ainsi que l'environnement social dans lequel nous vivons vont grandement influencer le sens que nous accorderons à l'entente de voix. Certaines dimensions culturelles issue de l'Inde et de l'Afrique de l'Ouest attribuent l'expérience de voix de façon positive. Par ailleurs, les activités spirituelles peuvent aussi jouer un rôle dans l'attribution de la croyance que nous aurons vis-à-vis des voix. Certaines mœurs et coutumes valorisent positivement les voix et leur accordent un statut social particulier

(*Ibid*). Des études ont noté que les cultures nord-américaines vivaient difficilement l'entente de voix, car ces dernières sont souvent négatives, menaçante et même agressives, ce qui occasionne une grande souffrance. La nature de ce type de voix peut amener la personne à adopter des comportements de méfiance ou d'actes criminels si c'est ce que la voix lui dicte de faire (*Ibid*). Pour poursuivre sur les enjeux culturels, les stéréotypes ou les jugements qu'une personne peut avoir concernant l'entente de voix peuvent être alimentés par la représentation de ce phénomène dans les médias et la culture populaire. Si l'expérience des entendeurs de voix n'est pas prise en considération, il est fort possible que ce phénomène soit présenté et médiatisé en oubliant des informations qui pourraient mieux faire accepter l'entente de voix dans la société. Si l'entente de voix est représentée uniquement comme faisant partie (en tant que symptôme) de la schizophrénie et donc que ce phénomène peut présenter un risque de dangerosité, il n'est pas étonnant que le stigma et les fausses représentations persistent. Tout se passe comme si les considérations et les connaissances connues démontrant l'absence de dangerosité de l'entente de voix n'était pas prise en compte (Parker, Schnackenberg et Hopfenbeck, 2021). Les médias et la culture populaire peuvent donc avoir un pouvoir négatif sur une visibilité positive de l'entente de voix, en particulier en diffusant et alimentant une peur dans la société vis-à-vis des entendeurs de voix.

Nous ne pouvons laisser sous silence les limites ainsi que les dangers potentiels du DSM sur l'entente de voix, car

L'athéorisme étiologique du DSM induit un retour implicite à des normes de comportement pour apprécier le fonctionnement du sujet : il ne peut pas entrer dans sa logique que certaines catastrophes subjectives ne sont évitées que grâce au maintien de comportements que sa perspective doit

considérer comme pathologiques, donc à éradiquer. (Maleval, 2003, p.56-57)

Le refus d'admettre l'expérience et les spécificités de chacun ont des conséquences sur l'analyse et la compréhension qui peuvent être faites de la situation, en causant notamment des incertitudes quant à l'élaboration du diagnostic. Ces dernières renforcent même les nébuleuses catégories du DSM, puisqu'une pathologie se définit par un ensemble de symptômes, mais aussi par le fonctionnement de l'individu. Refuser d'écouter l'individu, reconnaître son possible fonctionnement social, c'est possiblement prendre le risque de se tromper dans l'établissement du diagnostic.

De plus, une déconstruction des classes diagnostiques paraît nécessaire pour amener un changement dans le discours de la psychiatrie, notamment dépasser la vision strictement médicale (Maleval, 2003). Se fonder uniquement sur la vision du DSM, c'est prendre le risque de fonder la relation d'aide uniquement en terme médical et omettre le savoir expérientiel des usagers. L'histoire de la psychiatrie est celle d'une discipline qui tente de s'installer davantage dans la science médicale. Pour ce faire, il existe un risque réel de laisser de côté les interprétations et le savoir expérientiel des personnes utilisatrices (*Ibid*).

Dans le DSM-IV, les « hallucinations » auditives étaient déjà remis en question étant donné qu'elles pouvaient se retrouver autant chez des individus psychotiques que chez des personnes n'ayant aucune problématique en santé mentale. L'incongruité des « hallucinations » était donc remise en question et des professionnels de la santé souhaitaient obtenir davantage de clarification lors des prochaines versions des DSM. Autrement dit, le DSM-IV introduit l'idée que les contextes culturels peuvent influencer l'association entre

la psychopathologie et les « hallucinations » et que le développement d'entente de voix à la suite d'un traumatisme montrait les limites de l'approche par diagnostic (Pierre, 2010).

Néanmoins, dans le DSM-IV, lorsqu'il est question de schizophrénie, il est possible de lire que le simple fait d'avoir des « hallucinations », perçu comme un des principaux symptômes, permettait à lui seul d'octroyer ce diagnostic (Guelfi, 1996, p.324). Ces résultats sont à mettre en lien avec l'expérience de Rosenhan (1969) qui avait montré le stigmate lié à l'entente de voix. Même si plusieurs années se sont écoulées depuis l'étude de Rosenhan et qu'il est prouvé aujourd'hui que ce qui est considéré comme des « hallucinations » n'est pas exclusif au diagnostic de schizophrénie (Braun, Evrard et Génot, 2020), les entendeurs de voix demeurent souvent et rapidement pathologisés, réduits à leurs symptômes.

Le DSM-5 a cependant permis de mettre un bémol entre le lien souvent automatique fait entre, d'une part, le diagnostic de schizophrénie et, d'autre part, l'entente de voix :

Cela vient bouleverser la consigne de cotation antérieure qui indiquait qu'« un seul symptôme du critère A est requis si les idées délirantes sont bizarres ou si les hallucinations consistent en une voix commentant en permanence le comportement ou les pensées du sujet, ou bien si, dans les hallucinations, plusieurs voix conversent entre elles ». (*Idem*, p.502)

Cette modification du DSM-5 permet de distinguer davantage l'entente de voix des symptômes de la schizophrénie. Au sein de cette nouvelle version, l'accent est moins mis sur l'existence d'un symptôme (comme l'entente de voix) que sur leur gravité (*Ibid*). L'arbre diagnostique décisionnel pour les troubles psychotiques est donc remplacé par une évaluation de la gravité des symptômes. Néanmoins, il existe toujours cette pensée que les

phénomènes sensoriels font partie d'une classification psychotique. Toutefois, il faut tenir compte et souligner les changements entre le DSM-IV-TR et le DSM-5 (*Ibid*).

Le mouvement des entendeurs de voix a toujours été critique des DSM (I à IV-TR) étant donné qu'ils accentuaient la stigmatisation envers les entendeurs de voix, du fait du lien presque automatique entre l'entente de voix et la schizophrénie. Cette lutte peut être analysé par le fait qu'on souhaitait remettre le pouvoir davantage entre les mains des entendeurs de voix et ainsi mieux faire accepter leur phénomène, le présenter de façon moins pathologique. Si le changement apporté par le DSM-5 va dans le bon sens, il convient néanmoins d'aller plus loin et de reconnaître socialement que l'entente de voix est un phénomène normal qui ne mérite pas d'être considéré comme pathologique.

CONCLUSION

Ce mémoire avait pour but d'identifier les enjeux auxquels les personnes aux prises avec des perceptions sensorielles font face. Un survol historique de l'évolution du terme d'hallucination fut nécessaire pour montrer l'impact de ce dernier sur le phénomène d'entente de voix. Plusieurs pionniers ont permis de faire avancer et évoluer le mouvement des entendeurs de voix qui demeure présent aujourd'hui dans plus de 23 pays différents (Intervoice, s.d.). Cette avancée a été possible grâce à la générosité des entendeurs de voix qui ont accepté de partager leur savoir et leur réalité pour améliorer les connaissances et permettre un changement pour une meilleure acceptation sociale.

Ainsi, lorsqu'un professionnel de la santé reconnaît l'existence du phénomène de l'entente de voix (sans jugement négatif), un entendeur de voix se sentira davantage en confiance pour parler de son vécu et ainsi obtenir de l'aide. Nous sommes, en effet, d'avis que le savoir des entendeurs de voix est primordial pour améliorer les interventions psychosociales et les connaissances sur le phénomène d'entente de voix. Nous allons même plus loin en souhaitant la reconnaissance par les professionnels de santé et des services sociaux du mouvement des entendeurs de voix. Reconnaître, sans stigmatiser, que l'entente de voix peut être légitime, est une voie rapide vers le rétablissement. Les voix ne doivent être traitées si et seulement si elles posent problème à l'individu, pas à la société.

Plusieurs études ont été réalisées sur l'entente de voix auprès de personnes vivant avec la schizophrénie et chez des individus n'ayant aucune pathologie psychotique. Les conclusions sont très variables et peuvent s'expliquer par le fait que certains chercheurs

oublie de prendre en considération, qu'il est possible d'entendre des voix sans avoir de diagnostic psychiatrique spécifique. Ainsi, il faut cesser de considérer l'entente de voix comme un symptôme « hallucinatoire » dans les recherches (notamment de la schizophrénie) pour être en mesure de mieux prendre en compte le point de vue des entendeurs de voix et ainsi prendre une distance avec le modèle purement médical (Demeulemeester et al., 2014). En effet, la vision médicale ne permet pas de saisir qu'une personne peut arriver à fonctionner normalement malgré la présence d'entente de voix. Entendre des voix n'équivaut pas à une pathologie ou à un diagnostic psychiatrique. Au risque de nous répéter, il nous semble impératif de prendre en compte le savoir des entendeurs de voix et leur expérience lors de leur prise en charge. Dans ce contexte, il nous semble intéressant de poursuivre les études sur le phénomène d'entente de voix auprès des personnes n'ayant aucune pathologie, notamment en ne tenant pas pour acquis que l'entente des voix est un problème, un symptôme à taire, à rectifier. Nous croyons qu'une meilleure compréhension de l'entente de voix peut se faire par de nouvelles études, notamment en sciences sociales, pour utiliser le savoir expérientiel des entendeurs de voix.

Le travail social se focalise notamment sur la personne dans son environnement. Cette discipline tente ainsi de prendre en considération l'ensemble des facteurs influençant l'individu (famille, structure, normes sociales, etc.) afin de ne pas individualiser les problèmes sociaux. Le respect de la dignité et de la valeur d'un individu ainsi qu'une quête de justice sociale font partie des principes clés du service social, tout comme « la croyance en la capacité humaine d'évoluer et de se développer ; la reconnaissance de la nécessité de

percevoir et de comprendre l'être humain en tant qu'élément de systèmes interdépendants et potentiellement porteurs de changements » (Pauzé, 2015, p.59).

En adhérant à ces principes, un travailleur social peut et doit soutenir l'entendeur de voix pour les intégrer davantage dans la société en prenant en considération leur réalité. Par ailleurs, un travailleur social défend également les droits des personnes qu'ils s'occupent. Le travailleur social peut donc défendre les droits des entendeurs de voix lorsque ces derniers sont contraints de subir un traitement ou un service contre leur gré, même si leur fonctionnement social n'est pas affecté et qu'il ne représente pas un danger pour eux-mêmes ou pour autrui. Dans un but d'améliorer les soins et les services des entendeurs de voix, il serait possible d'effectuer de futures recherches pour contrer les injustices et les obstacles vécus par les entendeurs de voix dans l'ensemble de la société (notamment le lien systématiquement fait avec les troubles schizophrènes), dans un but d'augmenter le mieux-être de ces individus et leur inclusion sociale. Enfin, des recherches sur l'impact des politiques sociales (emploi, ressources, financement insuffisant, etc.) dans la justice sociale des entendeurs de voix pourraient également être encouragées.

BIBLIOGRAPHIE

- Anadón, M. (2006). La recherche dite « qualitative » : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Recherches qualitatives*, 26(1), 5-31.
- Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP). (2014). À propos du REVQuébécois. Tiré de <https://aqrp-sm.org/groupe-mobilisation/revquebecois/propos/>
- Baillarger, J. -G. -F. (1890). *Recherches sur les maladies mentales*. G. Masson : Paris, 752 pages.
- Blais, L. (2006). Savoir expert, savoirs ordinaires : qui dit vrai ? Vérité et pouvoir chez Foucault. *Sociologie et sociétés*, 38(2), 151–163. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.7202/016377ar>
- Bortolon, C., & Raffard, S. (2021). Une approche psychologique des hallucinations : Mécanismes psychologiques (partie I). *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 179(5), 409-416. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.08.009>
- Braun, A., Evrard, R., & Génot, F. (2020). Entendre des voix sans être schizophrène : Impact diagnostique de l'évolution des critères du DSM-IV-R au DSM-5, à partir de deux cas. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 178(5), 500-509. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.04.019>
- Brémaud, N. (2016). Repères historiques sur les hallucinations verbales psychotiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 174(5), 359-365. Tiré de <https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.03.015>
- Cameron, D. et McGowan, P. (2013). The mental health social worker as a transitional participant: Actively listening to 'voices' and getting into the recovery position. *Journal of Social Work Practice*, 27(1), 21-32.
- Coleman, R. et Smith, M. (1997). *Working with voices!! From Victim to Victor*. Merseyside, Angleterre : Handsell Publ.
- Coleman, R. et Smith, M. (2007). *Working with voices II. Victim to Victor*. Dundee, Écosse : P & P Press.
- Crocq, M.-A., Guelfi, J. D., & American Psychiatric Association. (2015). *Dsm-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e édition). Elsevier Masson.
- Daalman, K., Dieren, K., Hoekema, L., van Lutterveld, R., & Sommer, I. (2016). Five year follow-up of non-psychotic adults with frequent auditory verbal hallucinations:

are they still healthy? *Psychological Medicine*, 46(9), 1897-1907.
doi:10.1017/S0033291716000386

Dekens, O. (2011). Michel Foucault « La vérité de mes livres est dans l'avenir. ». Armand Colin : Paris, 247 pages.

Demeulemeester, M., Moroni, C., Kochman, F., Thomas, P. & Jardri, R. (2014). Hallucinations et cognition : une modélisation au service de notre pratique en neuropsychologie. *Revue de neuropsychologie*, 6, 117-128. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/rne.062.0117>

Dorvil, H. (1990). La maladie mentale comme problème social. *Service social*, 39(2), 44-58. Érudit. <https://doi.org/10.7202/706476ar>

Escher, S., Hage, P. & Romme, M. (s.d.). Voice Hearing : A Questionnaire. Tiré de <https://www.intervoiceonline.org/wp-content/uploads/2011/03/Maastricht-Interview-for-voice-hearers11.pdf>

Esquirol, É. (1838). Des hallucinations. Dans : É. Esquirol, *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique, et médico-légal (vol. 1)*. Tircher : Bruxelles, p.80-100.

Evrard, R. et Le Malefan, P. (2013). Que changent les « entendeurs de voix » à l'écoute des hallucinations ? I. Genèse d'un mouvement. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 171(9), 623-628. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2013.05.027>

Falret, J.-P. (1864). Des maladies mentales et des asiles d'aliénés. Baillière : Paris, 796 pages.

Foucault, M. (1976). Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir. Gallimard : France, 211 pages.

Foucault, M. (2001). Dits et écrits II, 1976-1988. Gallimard : France, 1736 pages.

Gimenez, G. (2010). 2. L'hallucination dans l'œuvre freudienne. Dans : G. Gimenez, *Halluciner, percevoir l'impensé: Approche psychanalytique de l'hallucination psychotique* (pp. 41-84). Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.

Granger, B. et Naudin, J. (2019). La schizophrénie idées reçues sur une maladie de l'existence. Le Cavalier Bleu : Paris, 175 pages.

Guelfi, J. D. (1996). *DSM-IV : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 4e éd., Masson.

- Haustgen, T. (2007). La psychose hallucinatoire chronique doit-elle disparaître ? Une revue historique. *Psychiatr Sci Hum Neurosci*, 5, 162–175.
<https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1007/s11836-007-0041-z>
- Hoffman, M. (2012). Changing attitudes in clinical settings. From auditory hallucinations to hearing voices. Dans M. Romme et S. Escher (dir.), *Psychosis as a personal crisis: An experience-based approach* (p.17-26). Hove, Angleterre : Routledge, The International Society for the Psychological Treatments of the Schizophrenias and other Psychosis.
- Lampropoulos, D., Fonte, D., & Apostolidis, T. (2018). La stigmatisation sociale des personnes vivant avec la schizophrénie : Une revue systématique de la littérature. *L'Évolution Psychiatrique*, 84(2), 346-363.
<https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2018.09.002>
- Langlois, T. (2019). *J'entends des voix. Mieux vivre avec ses voix et ses hallucinations auditives*. Odile Jacob : Paris, 263 pages.
- Laval, C. (2017). Des professionnels de santé mentale engagés auprès d'un réseau d'entendeurs de voix dans un programme de chez soi d'abord. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 391–409. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.7202/1040261ar>
- le Blanc, G. (2006). *La pensée Foucault*. Ellipses : Paris, 188 pages.
- Le réseau des entendeurs de voix – Réseau Nomade*. (s. d.). Consulté 10 février 2022, à l'adresse <https://reseanomade.be/repertoire/le-reseau-des-entendeurs-de-voix-rev-belgium/>
- Maleval, J.-C. (2003). Limites et dangers des DSM. *L'Évolution Psychiatrique*, 68(1), 39-61. [https://doi.org/10.1016/S0014-3855\(03\)00006-9](https://doi.org/10.1016/S0014-3855(03)00006-9)
- May, R. & Hayes, J. (2012). Le mouvement *Hearing Voices* : une approche émancipatrice du fait d'entendre des voix. Dans : Ève Gardien éd., *Des innovations sociales par et pour les personnes en situation de handicap* (pp. 195-214). Toulouse: Éres. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/eres.gardi.2012.01.0195>
- Molinié, M., & Demassiet, V. (2016). 6—Des groupes d'Entendeurs de voix : Pour qui ? Pourquoi ? Pour quoi faire ? Dans R. Jardri, J. Favrod, & F. Larøi (Éds.), *Psychothérapies des Hallucinations* (p. 93-106). Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-74460-0.00006-9>
- Parker, I., Schnackenberg, J. et Hopfenbeck, M. (2021). *The Practical Handbook of Hearing Voices. Therapeutic and Creative Approaches*. PCCS Books: UK, 435 pages.
- Patouillard, R. (2007). L'hallucination chez Henri Ey et sa signification aujourd'hui. *La Revue Lacanienne*, 1, 62-67. Tiré de <https://doi.org/10.3917/rl.071.0062>

- Peters, E., Ward, T., Jackson, M., Morgan, C., Charalambides, M., McGuire, P., Woodruff, P., Jacobsen, P., Chadwick, P. & Garety, P.A. (2016). Clinical, socio-demographic and psychological characteristics in individuals with persistent psychotic experiences with and without a “need for care”. *World Psychiatry*, 15, 41-52. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1002/wps.20301>
- Pierre, J. M. (2010). Hallucinations in Nonpsychotic Disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 18 (1), 22-35. doi: 10.3109/10673220903523706.
- Romme, M., Honig, A., Noorthoorn, E.O. et Escher, S. (1992). Coping with hearing voices: An emancipatory approach. *British Journal of Psychiatry*, 161(1), 99-103.
- Rosenhan, D. L. (1974). On being sane in insane places. *Clinical Social Work Journal*, 2(4), 237-256.
- Société québécoise de la schizophrénie (SQS). (s.d.). Le spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques. <https://www.schizophrenie.qc.ca/fr/spectre-de-schizophrenie>
- St-Onge, M. et Ngo Nkouth, B. (2017). *Entendre des voix : à la recherche de sens*. Les Éditions Santé mentale et société : Québec, 128 pages.