



**HAL**  
open science

# Que changent les “ entendeurs de voix ” à l’écoute des hallucinations ? I : Genèse d’un mouvement

Renaud Evrard, Pascal Le Malefan

► **To cite this version:**

Renaud Evrard, Pascal Le Malefan. Que changent les “ entendeurs de voix ” à l’écoute des hallucinations ? I : Genèse d’un mouvement. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2013, 171 (9), pp.623-628. 10.1016/j.amp.2013.05.027 . halshs-02137195

**HAL Id: halshs-02137195**

**<https://shs.hal.science/halshs-02137195>**

Submitted on 17 Jul 2019

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

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

Renaud EVRARD  
Pascal LE MALÉFAN

## Que changent les « entendeurs de voix » à l'écoute des hallucinations ? I : Genèse d'un mouvement

### Résumé :

*Plusieurs études ont montré la prévalence élevée de vécus d'hallucinations acoustico-verbales (des « voix ») chez des individus qui ne sont pas suivis psychiatriquement et n'en ont fréquemment pas le besoin. A partir des années 1980, des chercheurs hollandais puis britanniques ont mis en lumière ces personnes – adultes et adolescents – dont une partie développaient spontanément des stratégies pour s'accoutumer de leurs voix. Rapidement constitué dans un mouvement devenu international, les « entendeurs de voix » viennent relativiser mais aussi féconder le savoir clinique sur l'écoute des hallucinations. Cet article propose de faire connaître la genèse quelque peu symbolique de ce mouvement et la façon dont il amène à reconsidérer la prise en charge des hallucinations, voire leur définition même.*

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

### Abstract:

*Several studies have shown the high prevalence of experiences of acoustic-verbal hallucinations (so-called "voices") in non-psychiatric individuals. From the 1980s, British and Dutch researchers have highlighted those individuals – adults and teenagers – who spontaneously developed strategies to cope with their voices. Quickly established as an international movement, the "voice-hearers" relativize but also fertilize the clinical knowledge on the listening of hallucinations. This paper proposes to introduce the somewhat symbolic genesis of this movement and how it leads to reconsider the treatment of hallucinations and even their very definition.*

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

Les hallucinations acoustico-verbales<sup>1</sup> sont les hallucinations ayant fait l'objet du plus grand nombre de recherches [12]. Cela pourrait être dû au fait qu'elles n'entrent pas pleinement dans la définition canonique d'une « perception sans objet », modèle où la perception hallucinée devrait s'auto-générer à partir de la seule poussée pulsionnelle. Comme le fait remarquer Pommier [20], certaines hallucinations *parlent* ! Comment expliquer par ce modèle pulsionnel simpliste « que les hallucinations se subjectivent au point de se mettre à parler, non au hasard, mais de manière cohérente et le plus souvent persécutive » ([20], p. 101) ?

Depuis les années 1980, une nouvelle vague d'études porte sur une facette des hallucinations auditives : les *auditions anormales de voix dans la population générale*. Ces recherches ont été mêlées à un mouvement de revendication sociale porté par des individus – souvent usagers de la psychiatrie – vivant ces hallucinations, parfois de manière mono-symptomatique et adaptée. L'interprétation paranormale de ces voix est très fréquente et même relativement acceptée, au même titre que d'autres interprétations. L'ensemble constitue un paradigme théorique et thérapeutique pour certaines hallucinations dans la population générale, qui s'apprête à intégrer les hallucinations visuelles [19] et potentiellement toute la phénoménologie psychiatrique qui s'y prête.

Nous allons tenté de rendre compte de ce paradigme en nous étonnant tout d'abord de l'absence de publications en français sur ce thème (même traduites<sup>2</sup>) alors que la littérature est abondante en langue anglaise pour un mouvement principalement issu des Pays-Bas. C'est pourquoi une partie de cet article est consacrée à faire connaître la genèse symbolique du mouvement des entendeurs de voix, ainsi que certains jalons des recherches qui l'accompagnent, axées notamment sur la place des croyances. Puis nous inscrirons plus largement ce mouvement parmi les modèles contemporains tentant de rendre compte de certains vécus qui – malgré leur prévalence élevée dans la population générale – sont assimilés à la psychose, que nous appelons « expériences réputées psychotiques » ou, de façon plus neutre, « expériences exceptionnelles » [8].

## 1. Genèse d'un mouvement de psychiatrie sociale

La place des hallucinations verbales – ces hallucinations auditives impliquant des voix – a toujours fait débat en psychiatrie, comme le montrent par exemple les débats aliénistes sur Jeanne d'Arc au XIX<sup>e</sup> siècle. Avec l'avènement du DSM-III, les hallucinations auditives occupent une place centrale dans le diagnostic de schizophrénie basé sur les « symptômes de premier rang » de Schneider<sup>3</sup>. Rechtman [23] a rappelé comment l'étude publiée dans *Science*

---

<sup>1</sup> Pour être précis sur le plan sémiologique, il faudrait distinguer, dans la sphère *auditive*, les hallucinations qui peuvent être localisées comme venant du monde extérieur (*hallucinations psychosensorielles acoustico-verbales*), dans les oreilles, dans les tympans, dans la tête, ou dans l'appareil phonateur (*hallucinations psychomotrices verbales*) ou provenant de l'intérieur de soi (*hallucinations psychiques verbales*).

<sup>2</sup> Par exemple, le livre déclencheur *Stemmen horen accepteren* (« Accepter d'entendre des voix » [25]), comparant 26 patients et non-patients vivant des expériences d'hallucinations auditives, n'a jamais été traduit en français, alors qu'il l'a été en anglais (1993), allemand, italien, portugais, finlandais (1997), russe (1998), tchèque, etc. Cependant, le chercheur Yann Derobert a récemment produit certains efforts pour développer un maillon français dans le réseau international des entendeurs de voix. Avec notamment le soutien de Magalie Molinié, il a co-fondé en 2011 le Réseau Français sur l'Entente de Voix (REV-France).

<sup>3</sup> Le psychiatre allemand Kurt Schneider (1887-1967) a identifié des manifestations « de premier rang » de la schizophrénie dans certaines hallucinations, certains délires ou certaines expériences de passivité. Schneider reconnaissait que ces manifestations n'étaient pas pathognomoniques de la schizophrénie – contrairement à l'usage qu'en fit l'équipe du DSM – mais qu'elles avaient été choisies car elles étaient les plus faciles à

par David Rosenhan [28], qui se fit hospitalisé avec sept de ses collègues dans des hôpitaux psychiatriques simplement en présentant, à l'entrée, un symptôme simulé d'hallucination auditive isolée, loin d'avoir ouvert une brèche dans le savoir psychiatrique, avait favorisé l'épistémologie du DSM.

Or, ceci pourrait n'être qu'une partie de l'histoire. Une critique de fond a progressivement émergé dans le courant de la *psychiatrie sociale*, laquelle se présente comme une déconstruction des maladies en symptômes et propose des interventions centrées sur les plaintes et non plus sur les diagnostics [26]. La psychiatrie sociale peut aussi être comprise comme la discipline ancrée dans la psychopathologie qui se fait l'interlocuteur entre chercheurs, praticiens et usagers de la santé mentale.

Marius Romme [25], psychiatre chercheur à l'Université de Limburg à Maastricht aux Pays-Bas puis à l'Université de Birmingham en Angleterre, explique qu'une de ses patientes, Patsy Hage, souffrant d'hallucinations verbales la poussant au bord du suicide malgré les traitements psychiatriques, fut confortée par la lecture du livre de Julian Jaynes [16], proposant une théorie alternative des hallucinations verbales mais aussi des hallucinations télépathiques [17]. Devant les effets apparemment positifs de cet autre savoir, différent de celui du clinicien, Romme opéra une prise au sérieux du point de vue de sa patiente et modifia son approche psychiatrique. Il relativisa la place des croyances dans l'appréciation des expériences réputées psychotiques, puisque des croyances « normales » (par exemple, le Dieu chrétien ; ou les dysfonctionnements du système dopaminergique) peuvent devenir négatives voire persécutoires ; inversement, des croyances « marginales » ou « alternatives » sont parfois utiles, si l'on se place dans un registre de clinicien « pragmatique ».

Le cheminement de Romme part donc d'une remise en question du savoir et du pouvoir médical, associée à un regain d'intérêt pour des expériences dites psychotiques du point de vue de ceux qui les vivent. Cette opération, souvent rappelée, peut être considérée comme symbolique de la genèse du mouvement des entendeurs de voix, à la manière légendaire des malades libérés des chaînes par Pinel.

## 1.1. L'appel aux « entendeurs de voix »

Au-delà de cette genèse quelque peu symbolique, le moteur du mouvement des entendeurs de voix fut d'avoir un pied dans une réalité sociale politisée et un pied dans les meilleures revues scientifiques sur la schizophrénie. Les deux en deviennent même difficiles à distinguer.

Ainsi, Romme fit rencontrer un autre entendeur de voix à sa patiente Hage, et observa l'effet bénéfique de cette rencontre. Ensemble, ils se rendirent ensuite sur le plateau d'une émission de télé populaire aux Pays-Bas et lancèrent un appel aux « entendeurs de voix ». Plus de 700 personnes répondirent à l'invitation, parmi lesquelles 450 entendaient des voix, dont 150 qui composaient bien avec elles. Romme transmit un questionnaire à ces 150 personnes et fit par la suite des entretiens approfondis avec 20 d'entre elles pour mieux comprendre les stratégies qu'elles utilisaient pour composer avec leurs voix. Ce fut l'objet d'une première publication scientifique dans le prestigieux *Schizophrenia Bulletin* [24] ainsi que de leur premier livre traduit dans de nombreuses langues [25].

L'interaction avec les personnes vivant ces expériences ne s'arrêta pas là : Romme et sa collaboratrice Sandra Escher, alors journaliste, organisèrent le jour de Halloween 1987 un premier congrès d'entendeurs de voix où les conférenciers n'étaient autres que les 20 personnes qui avaient spontanément développé des stratégies pour vivre avec leurs voix.

---

reconnaître pour les cliniciens [2]. Foucher ([11], p. 102) ajoute à propos de ces symptômes de premier rang : « Bien que la majorité des études ait conclu à leur absence de spécificité, certains sont restés dans les critères internationales ».

L'organisation de ce congrès symbolise déjà le déplacement du savoir d'une psychiatrie considérée comme fermée vers un savoir populaire, dans un processus d'émancipation, d'auto-gestion en santé mentale.

Dans la foulée du congrès, la Fondation Résonance (*Weerklank*) fut créée aux Pays-Bas en 1988, suivi du deuxième congrès d'entendeurs de voix organisé conjointement par le département de psychiatrie sociale de l'Université Limburg et par des entendeurs de voix de cette fondation. Ce fut une occasion pour les professionnels de la santé mentale d'entendre les points de vue de ceux et celles qui sont directement concernés par ce phénomène. L'approche préconisée par l'équipe de Romme et le groupe *Résonance* a favorisé le développement d'un partenariat entre les entendeurs de voix et les professionnels alliés. L'hallucination verbale n'était plus considérée comme le problème qui réunissait toutes ces personnes : c'est l'incapacité à « faire avec » (*to cope with*) les voix, en tant que nouveau critère différentiel, qui occupait le centre des discussions.

En mettant l'accent sur le *coping* (les stratégies d'ajustement) et la diversité des hallucinations verbales, Romme et Escher ont favorisé une récupération de la question des entendeurs de voix auprès des services de santé mentale avant même d'asseoir un consensus au niveau scientifique. Les professionnels se voyaient enfin proposer une alternative dans les cas où les neuroleptiques dits antipsychotiques ne suffisaient pas ou qu'ils étaient évités. Pour améliorer le contrôle et l'acceptation des voix, les professionnels furent initiés à des méthodes (encore peu éprouvées sur le plan scientifique) comme ([25], 199-243) :

- Le journal intime ;
- Les groupes d'entraide mutuelle avec d'autres entendeurs de voix ;
- Des méthodes cognitives de focalisation de l'esprit ;
- Des techniques de gestion de l'anxiété ;
- Le dialogue avec les voix ;
- Et la réhabilitation psycho-sociale.

Par la suite, les mécanismes de coping reçurent davantage d'attention de la part des cliniciens comme des chercheurs. La plupart des entendeurs de voix initient naturellement des stratégies pour faire face à ce qui leur arrive, avec plus ou moins de succès [9]. La nouvelle « boîte à outils » des stratégies d'ajustement a pu être investie comme la panacée, s'originant dans un savoir spontané de l'utilisateur, et re-découverte par les nouveaux praticiens « pragmatiques ». Les innovations pratiques du mouvement des entendeurs de voix furent les clefs de son expansion. L'utilisateur est placé en position d'être le cobaye de son propre remède, encouragé à tester plusieurs stratégies plutôt que de se laisser imposer une solution prétendument unique. Néanmoins, ces aspects pratiques – même s'ils se révèlent efficaces – ne garantissent pas la validité du discours ainsi relayé.

## 1.2. Un mouvement international

En 1988, un premier groupe d'entraide<sup>4</sup> d'entendeurs de voix fut créé à Manchester, en Angleterre, ainsi qu'un réseau de ces groupes (*Hearing Voices Network*) en 1990. Aujourd'hui, on compte plus de 180 de ces groupes d'entraide, répartis dans tout le pays, et qui offrent leur appui aux personnes entendant des voix, à leurs proches ainsi qu'aux professionnels du domaine de la santé mentale ([www.hearingvoices.org](http://www.hearingvoices.org)). Depuis plusieurs conférences nationales (en Angleterre) et internationales ont été tenues dans plusieurs pays. La date du 14 septembre a même été décrétée « Journée mondiale de l'entente de voix » (*World Hearing*

---

<sup>4</sup> Les notions d'entraide, de *peer-therapy* ou de *self-help* entraînent des pratiques paradoxales puisque ce sont les professionnels de la santé mentale qui les définissent et les organisent, sans s'attribuer toute la responsabilité du soin ([26], p. 116).

*Voices Day*).

En quelques années, on a assisté au développement d'un réseau d'entraide et d'un mouvement international d'entendeurs de voix, dans un premier temps en Europe du Nord, puis élargi à plusieurs pays. L'*International Network for Training, Education and Research into Hearing Voices* ([www.intervoiceline.org](http://www.intervoiceline.org)), réseau co-fondé par le Pr Romme et basé en Angleterre, est devenu une organisation non-gouvernementale à part entière regroupant des psychiatres, des psychologues, des infirmiers et des entendeurs de voix. Sa mission est de coordonner plusieurs centaines de groupes locaux dans de nombreux pays.

Le mouvement des entendeurs de voix se considère comme une organisation à visée libératrice, post-psychiatrique, et qui se positionne à l'extérieur de l'univers de la santé mentale *stricto sensu*, parce qu'elle reconnaît que les voix sont un aspect du fait qu'il y a des hommes très différents les uns des autres, plutôt qu'un problème de santé mentale. Les adhérents à ce mouvement n'hésitent à prendre pour modèle la dépathologisation de l'homosexualité, ou à invoquer l'ancienne stigmatisation des gauchers ou encore les droits de l'homme.

La réussite de ce mouvement en fait la figure de proue du mouvement plus large du « recovery » [27], souvent traduit par « rétablissement ». Ce mouvement conteste le pouvoir psychiatrique, auquel il souhaite substituer d'autres formes de gestion de la santé mentale. Ainsi, en 2009, l'Organisation Mondiale de la Santé et la Commission Européenne ont lancé un projet commun d'encouragement à « l'empowerment » (« puissantisation ») des usagers des services de santé mentale, stimulant des contre-pouvoirs qui participent (en théorie) à l'évolution de la nosographie. Insidieusement, cette politique est particulièrement vulnérable aux politiques économiques actuelles de réduction des coûts en santé mentale, puisqu'elles partagent toutes deux l'idéal des auto-traitements, et donc de la désinstitutionnalisation, ainsi que celui de l'adaptation à tout prix.

Les pratiques fondées sur le *recovery* s'opposent à l'idée d'une carrière-type prédéterminée et linéaire du malade, et appellent à ce qu'on conçoive les « rechutes » comme des épreuves normales dans le parcours de récupération. L'évaluation subjective de la psychopathologie remplace l'expertise prétendue objective. Le discours et le pouvoir médical sont relativisés, voire explicitement contestés, car ils ne seraient pas hiérarchiquement supérieurs à des savoirs constitués « de l'intérieur ». Ainsi, à l'idée de guérison, on préférera celle d'acceptation de la maladie, d'apprentissage d'un « vivre avec », d'une reconquête de l'indépendance et d'une plus grande satisfaction éprouvée dans la vie. Enfin, les abus et les forçages de la psychiatrie médicamenteuse sont mis sur le même plan que les abus qui ont justement généré les traumatismes ayant conduit à développer des symptômes.

Cette relativisation-contestation du pouvoir psychiatrique n'est pas entièrement assimilable aux précédents discours anti-psychiatriques [7]. Le mouvement du *recovery* critique la mauvaise psychiatrie mais ne la rejette pas dans son ensemble, ne limitant donc pas ses alliances aux franc-tireurs du système. Les pouvoirs publics ont donc moins d'embarras au moment de soutenir des politiques de santé mentale favorables à la « puissantisation » des usagers. Toutes les raisons – droits de l'homme, démocratie, réfutabilité scientifique, tribunaux, athéisme tolérant, etc. – sont réunies pour donner un poids différent à ces voix. Néanmoins, ce discours qui se sert fréquemment de la psychopathologie des psychoses comme repoussoir pourrait *a minima* être qualifié d'« anti-psychopathologique ». A l'image du malade halluciné, ce mouvement oppose l'image d'un citoyen entendeur de voix. Ces visions concurrentes signent l'introduction d'une *clinique concurrentielle*, qui n'est pas une vraie *clinique différentielle* partant d'une appellation neutre renvoyant à plusieurs destins psychopathologiques qu'il faut pouvoir distinguer.

## 2. Hallucinations verbales, entente de voix et expériences exceptionnelles

Rebaptiser les hallucinations verbales sous l'expression « entente de voix » n'est pas un processus anodin. Le changement de terminologie vise directement à atténuer la stigmatisation. Et l'effet est immédiat puisque toute une population qui ne se reconnaissait pas « hallucinés verbaux » se reconnaît volontiers « entendeurs de voix ». Ce vocabulaire plus neutre sur le plan psychopathologique s'accompagne d'autres révolutions : les entendeurs de voix qui feront « usage » du circuit médico-psychologique pour ensuite parvenir à accepter leurs voix tout en n'étant pas « détruits par le système » sont renommés les « survivants », ou encore de « victimes » (*victims*), ils deviennent « vainqueurs » (*victors*) [6]. De telles innovations langagières participent au façonnement de minorités sociales contestant les représentations stigmatisantes dont elles feraient l'objet. Témoignages poignants – et vulnérables aux déformations typiques des récits personnels – et arguments scientifiques se rejoignent. Ces minorités s'unissent autour d'un langage et d'une imagerie en commun posés comme alternatives dénonçant un maître incarné par un rouleau-compresseur nosographique.

### 2.1. Comment appeler une hallucination ?

Cette révolution terminologique n'est pas sans poser question car ses implications pour le discours psychopathologique dominant sont importantes. Il y a basculement d'une *taxonomie* dans une *folksonomie* qui est à l'image des pressions sociales sur les politiques publiques en matière de santé mentale. Dans la continuité de ce processus, toute la sémiologie psychiatrique pourrait être débaptisée pour proposer des accroches plus valorisantes : les hallucinés visuels (re-)deviendront des « visionnaires », etc.

Le psychiatre et parapsychologue Ian Stevenson [30] avait même proposé qu'on parle d'« idiophonie » plutôt que d'hallucination pour désigner les expériences hallucinatoires dans la population générale, même si ce vocable plus neutre ne changeait rien aux conceptions sous-jacentes. Des chercheurs québécois proposent de parler d'« expériences " extraordinaires " » au lieu d'hallucinations verbales [31], et nous opterons pour une solution similaire, mais en élucidant plutôt qu'en éludant la référence au paranormal. Les travaux sur les entendeurs de voix indiquent que les expériences *hallucinatoires* et les expériences *vécues comme paranormales* peuvent être regroupées dans une même entité, les expériences *anormales* ou *exceptionnelles* [21], comme ce fut le cas dans le *Varieties of Anomalous Experiences* publié par l'American Psychological Association [5]. Cette transition permet d'intégrer la perspective de ceux qui vivent les expériences en se décalant d'une vision psychopathologique prématurée et injustifiée, sans tomber dans l'anti-psychiatrie.

Leudar et Thomas ([18], p. 14) préfèrent parler d'une « forme inhabituelle de discours privé ». Néanmoins, il demeure difficile d'enjamber le fossé qui sépare la *locution* privée des hallucinations verbales spontanées, incontrôlables et xénopathiques.

Reste que la désignation médicale classique ne permet pas aux entendeurs de voix de s'y raccrocher. La voix qui parle ne serait celle de personne ; et sa signification se réduirait à celle de la folie ([18], p. 91). Cette explication ne prend pas en compte la difficulté de l'halluciné qui ne peut ni rejeter complètement la voix comme « non-moi », ni l'accepter complètement comme « moi », comme l'indiquait William James [15] dans son analyse du phénomène. Il n'est donc pas étonnant que les entendeurs cherchent d'autres refuges imaginaires que le discours médical pour étayer leurs expériences. Tout un travail semble possible autour de ces aires transitionnels, dont la parapsychologie est partie prenante.

## 2.2. L'aire transitionnelle de la parapsychologie

Il est assez surprenant que, sur les sept cas choisis par Romme et Escher ([25], pp. 59-87) pour illustrer les entendeurs ayant réussi à s'ajuster à leurs voix sans passer par le circuit médico-psychologique, tous ont adopté une interprétation parapsychologique ou spirituelle qu'ils viennent ainsi, en quelque sorte, normaliser au même titre que leur expérience.

Dès leur sondage de 1987, Romme et Escher ([26], p. 98) ont constaté la prédominance des interprétations paranormales adoptées par les entendeurs de voix sur les interprétations biomédicales<sup>5</sup>. La présence importante des interprétations paranormales et spirituelles vient du fait, selon Heery [13], qu'elles constituent une zone intermédiaire entre la perspective pathologique classique et la perspective religieuse traditionnelle. Puiser dans ces ressources intermédiaires permet de réaliser le nécessaire bricolage subjectif donnant du sens aux vécus étranges, en compilant des éléments de plusieurs modèles sans avoir à suivre des dogmes figés, sans subir les limitations des perspectives conventionnelles. « Ni saints, ni psychotiques » semble le mot d'ordre.

Les chercheurs travaillant avec les entendeurs de voix sont ainsi habitués à être confrontés avec des interprétations paranormales de ces expériences. Ici, la présence d'une paranormalité n'aggrave pas le diagnostic et n'altère pas fondamentalement le travail clinique possible. Cela s'imbrique tout à fait avec l'hypothèse cognitiviste qui fait des hallucinations des erreurs d'attributions quant à la source de certains événements [1]. Le modèle de Bentall inclut un facteur culturel qui prévoit que l'halluciné aura recours à des hypothèses externalistes « culturellement pré-structurées » (télépathie, esprits, inconscient collectif, etc.) pour qualifier la nature des sources causant les hallucinations. Même si on peut d'abord encourager l'individu à réattribuer son expérience à une source interne, les « colorations » externalistes des interprétations sont valorisées lorsque celles-ci semblent aider l'entendeur à mieux s'ajuster [29]. Dans les cas où l'individu est fixé à un système d'interprétation qui lui cause du tort, une thérapie cognitivo-comportementale serait toujours possible pour « restructurer ses croyances » [3].

Étonnamment, cette valorisation des hypothèses externalistes passe même par l'invitation d'« experts » des différentes interprétations à qui on demande de détailler, dans les publications et les colloques des entendeurs de voix, comment telle théorie plus ou moins exotique donne du sens aux expériences hallucinatoires. L'approche psychopathologique est donc fortement relativisée puisque la psychiatrie et la psychologie ne fourniraient pas « la technologie appropriée pour faire face aux problèmes posés par l'expérience de l'entente de voix » ([18], p. 129). Dans sa clinique, Philip Thomas aborde les hallucinations sans être dans le jugement, ce qui lui permet d'approfondir avec sympathie les processus associés aux voix dans une approche centrée sur le dialogue. Il n'ira même plus contre le cadre explicatif de l'entendeur de voix « parce que nous croyons que le cadre explicatif est lui-même relié à, ou symbolique de, la vie de l'entendeur de voix » ([18], p. 131).

Les chercheurs justifient assez pertinemment de s'appuyer sur les croyances des usagers, et les relais de ces croyances, plutôt que d'aller contre celles-ci et de renforcer la censure pesant sur ces expériences ([26], p. 109). C'est pourquoi les livres de base incluent des chapitres sur les modèles d'intervention et de théorisation alternatifs. Néanmoins, à la manière d'une certaine

---

<sup>5</sup> Il semble néanmoins que ses interprétations paranormales soient moins communiquées quand les entendeurs s'adaptent à une prise en charge traditionnelle et/ou qu'ils perçoivent les chercheurs comme des membres de l'équipe médicale supposée fermée à ces interprétations. Ainsi, dans l'étude qualitative de Fenekou et Georgaca [10], même les participants associant leurs voix à des phénomènes paranormaux se rangent à des explications biologiques sur l'origine des voix.

psychiatrie transculturelle, on accepte ces croyances sans leur accorder pleinement un statut de vérités scientifiques. On admet leurs fonctions protectrices ou compensatrices, des fonctions qu'ont aussi les propres croyances du clinicien ([26], p. 108). Mais les croyances métaphysiques du patient reposeraient sur des recherches encore marginales (par exemple, les croyances aux entités extraterrestres ou surnaturelles, assimilées aux produits de la science-fiction) et « les thérapeutes qui adopteraient de telles prémisses iraient à l'encontre de leur formation professionnelle » ([26], p. 103). La répartition des croyances n'est pas encore égalitaire car on ne sort pas d'un « Grand Partage » exigeant plus de rationalisme de la part des professionnels diplômés que des usagers perturbés.

Or, même dans cette tolérance à visée clinique, la parapsychologie se voit attribuer un statut supérieur aux autres modèles alternatifs. Elle serait, au même titre que la psychologie transpersonnelle, une science « belle-fille » de la psychiatrie et de la psychologie traditionnelles ([26], p. 107-108). Dans le « manuel pratique » de Coleman et Smith [6], fortement recommandé par Romme et Escher, l'expérience des voix s'organiserait selon trois modèles de croyances : le modèle de la *maladie*, celui de la *psychologie* et celui de la *télépathie*. Les entendeurs sont même encouragés à lire des livres sur les expériences paranormales.

Toutefois, le rôle qu'on fait jouer à la parapsychologie est assez particulier. Il ne s'agit pas de faire valoir les recherches scientifiques en parapsychologie pointant vers l'existence d'authentiques phénomènes paranormaux. Sous couvert du terme « parapsychologie », on se réfère à un savoir pratique de la parapsychologie qui n'est pas du tout celui qui occupent habituellement les chercheurs. Cette « parapsychologie pratique » [22,4] suppose un don ou une sensibilité dérivée d'un niveau subtil de conscience. Ce don pourrait être exercé et développé pour le bénéfice des autres à travers la clairvoyance et la médiumnité ([25], p. 24). On pourrait également améliorer le contrôle sur les influx extérieurs en construisant des barrières psychiques, des blindages fermant l'ego au psi ([25], p. 53). Le savoir-faire des « parapsychologues » pour réguler les flux d'informations hétéro-psychiques, pour régler les « antennes » sur « on » ou « off », est placée au rang d'une intervention cognitive ([26], p. 107).

Or, il n'y aucune trace de ce savoir pratique dans la recherche scientifique en parapsychologie (Irwin and Watt) ! Cela est problématique car l'accueil d'autres savoirs venant donner du sens aux hallucinations n'est pas imperméable à des pseudo-savoirs se parant d'attributs scientifiques. Escher en est consciente puisqu'elle constate les dégâts engendrés par certaines consultations de voyants et de médiums sur le périple d'entendeurs de voix ([25], p. 53).

### 3. Conclusion

Peu de personnes peuvent se targuer d'incarner mieux que « les entendeurs de voix » le problème de santé publique posé par les expériences exceptionnelles. Là où les entendeurs sont parvenus à faire « entendre » leurs revendications, leur mouvement a révolutionné la pratique et la recherche psychiatriques. Phénomène désormais généralisé grâce au soutien de l'Organisation Mondiale de la Santé, il vient piquer au vif le savoir psychiatrique en faisant entendre « la voix des patients », ces « malades » qui détiennent aussi un savoir sur les maladies et qui peuvent très bien refuser les sinistres destins prévus pour eux dans les classifications internationales.

Le mouvement des entendeurs de voix est encore en plein développement, stimulant beaucoup les recherches contemporaines sur les hallucinations sur lesquelles il s'appuie. Ne s'agit-il que d'un retour voilé de l'anti-psychiatrie ? Ou bien a-t-on à faire à un mouvement moins transitoire qui va profondément modifier notre façon de concevoir les hallucinations ?

Toujours est-il que ce débat fait revenir au premier plan un certain nombre de vécus étranges fréquemment interprétés en termes paranormaux ou spirituels. Pourra-t-il vraiment faire naître une clinique différentielle des expériences réputées psychotiques, résolvant même le problème de la dispersion de l'expertise face au relativisme des croyances ? Plusieurs éléments nous font penser qu'actuellement, le mouvement s'oriente davantage vers une névrotisation des expériences réputées psychotiques, ce qui est, somme toute, un juste retour critique contre l'épistémologie qui fonde les catégories de schizophrénie du DSM. Néanmoins, hors de cette épistémologie, ce mouvement mobilise les ressources d'une politique médico-sociale générale davantage qu'il ne résout des problèmes psychologiques singuliers.

## 4. Références

1. Bentall RP. Hallucinatory experiences. In: Cardeña, E., Lynn, S.J., Krippner, S. (Eds), *Varieties of Anomalous Experience*. Washington: American Psychological Association; 2000; 3:85-120.
2. Bentall RP. *Madness explained: Psychosis and human nature*. London : Penguin Books; 2003.
3. Bentall RP, Haddock G, Slade P. Cognitive behaviour therapy for persistent auditory hallucinations. *Behavior Th* 1994 ; 25: 51-66.
4. Boutboul S. *Développez vos facultés psychiques et spirituelles*. Paris : Exergue ; 2007.
5. Cardeña E, Lynn SJ, Krippner S. *Varieties of anomalous experiences: Examining the Scientific Evidence*. Washington, DC: American Psychological Association; 2000.
6. Coleman R, Smith M. *Working with voices. From victim to victor*. Merseyside, UK: Handsell Publications ; 1997.
7. Crossley ML, Crossley N. 'Patient' voices, social movements and the habitus; how psychiatric survivors 'speak out'. *Social Science and Medicine* 2001 ; 52 : 1477-89.
8. Evrard R. Les expériences réputées psychotiques dans la population générale : essai de problématisation. *Ann Med Psychol* 2011; 169(5): 282-7.
9. Farhall J, Greenwood KM, Jackson HJ. Coping with hallucinated voices in schizophrenia: A review of self-initiated strategies and therapeutic interventions. *Clin Psychol Review* 2007 ; 27 : 476-93.
10. Fenekou V, Georgaca E. Exploring the experience of hearing voices: A qualitative study. *Psychosis* 2010 ; 2(2) : 134-43.
11. Foucher JR. *35 psychoses : la classification des psychoses endogènes de Karl Leonhard. Synthèse et revue des travaux*. Paris : Book On Demand ; 2009.
12. Freeman D, Garety PA. Connecting neurosis and psychosis: the direct influence of emotion on delusions and hallucinations. *Behaviour Research and Therapy* 2003 ; 41: 923-47.
13. Heery MW. Inner Voice Experiences : an exploratory study of thirty cases. *J Transpersonal Psychol* 1989 ; 21(11) : 73-82.
14. Irwin HJ, Watt C. *An Introduction to Parapsychology*, 5th ed. Jefferson, NC : McFarland ; 2007.
15. James W. *Principles of Psychology*, vol. 1. London : Macmillan ; 1891.
16. Jaynes J. *La Naissance de la conscience dans l'effondrement de l'esprit*. Paris : PUF ; 1994.
17. Le Maléfan P. L'hallucination télépathique ou véridique dans la psychopathologie de la fin du XIXe siècle et du début du XXe siècle. *Evol Psychiatr (Paris)* 2008;73:15-40.
18. Leudar I, Thomas P. *Voices of Reason, Voices of Insanity. Studies of Verbal Hallucinations*.

London : Routledge ; 2000.

19. Oorschot M, Thewissen V, Van Os J, Myin-Germeys I. Visual hallucinations in psychosis spectrum disorders - underestimated ? *Schizophr Res* 2010 ; 117(2-3) : 307.
20. Pommier G. Le sujet de l'hallucination. *Cahiers de psychologie clinique* 2003 ; n°21 : 99-106.
21. Rabeyron T, Chouvier B, Le Maléfan P. Clinique des expériences exceptionnelles : du trauma à la solution paranormale. *Evol Psychiatr* 2010; 75(4): 633-53.
22. Réant R. *Parapsychologie pratique pour tous*. Monaco : Editions du Rocher ;1988.
23. Rechtman R.L'hallucination auditive : une origine paradoxale de l'épistémologie du DSM. *Evol Psychiatr* 2000 ; 65 : 293-309.
24. Romme M, Escher A. Hearing voices. *Schizophr Bull* 1989;15:209–16.
25. Romme M, Escher S. *Accepting Voices*. London : Mind Publications ; 1993.
26. Romme M, Escher A. *Making sense of voices*. London: Mind; 2000.
27. Romme M, Escher S, Dillon J, Morris M, Corstens D. *Living with Voices: 50 Stories of Recovery*. Birmingham, UK : PCCS Books & Birmingham City University ; 2009.
28. Rosenhan DL. On being sane in insane places. *Science* 1973 ; 179(70) : 250-8.
29. Schofield K, Claridge G. Paranormal experiences and mental health: schizotypy as an underlying factor. *Pers Individ Diff* 2007;43:1908–16.
30. Stevenson I. Do we need a new word to supplement 'hallucination' ? *Am J Psychiatr* 1983 ; 140(2) : 1609-11.
31. St-Onge M, Charpentier H, Ouellet C. Entendre des voix : nouvelles voies ouvrant sur la pratique et la recherche. *Santé mentale au Québec* 2005 ; 30(1) : 125-50.