Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.145.102.249 on 05/16/24

Les croyances par rapport aux voix, les stratégies d'adaptation et le fonctionnement social de personnes atteintes de schizophrénie

Myreille St-Onge, Sophie Grégoire et Stéphanie Breault-Ruel
Université Laval

RÉSUMÉ

Cet article traite des personnes atteintes de schizophrénie qui entendent des voix. Il a pour objectif de décrire les croyances qu'elles entretiennent par rapport à leurs voix, le degré d'anxiété qu'elles ressentent et leur perception relativement à leur fonctionnement social. Les stratégies d'adaptation qu'un sous-groupe de l'échantillon déploie sont exposées. Cette recherche s'appuie sur le modèle cognitif ABC qui stipule que les hallucinations auditives sont des événements déclencheurs (A) auxquels les individus donnent un sens en construisant un système de croyances (B) pouvant entraîner des réactions émotionnelles et comportementales (C). Les analyses statistiques montrent que les personnes rapportant des voix omnipotentes plus fortes ont tendance à y résister davantage sur le plan émotionnel et à avoir un moins bon fonctionnement social. Les personnes qui résistent à leurs voix ont tendance à démontrer un degré d'anxiété plus élevé. Les analyses qualitatives font ressortir un consensus à l'effet que prendre sa médication et se distraire des voix sont les stratégies jugées les plus faciles à réaliser et les plus efficaces pour composer avec elles.

Mots clés : Hallucinations auditives, croyances par rapport aux voix, stratégies adaptatives, participation sociale

Myreille St-Onge, Ph.D., professeure titulaire, École de service social, Centre de recherche sur l'adaptation des jeunes et des familles à risque (JEFAR) et Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (CRIUSMQ), Université Laval; Sophie Grégoire, Université Laval; Stéphanie Breault-Ruel, Université Laval.

Cette étude a été subventionnée par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (#410-2008-1394).

La correspondance concernant cet article devrait être acheminée à Myreille St-Onge, École de service social, 1030, avenue des Sciences-Humaines, Québec (Québec) G1V 0A6. Courriel : Myreille.St-Onge@svs.ulaval.ca

doi:10.7870/cjcmh-2016-030
Publié par Canadian Periodical for Community Studies Inc.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.145.102.249 on 05/16/24

ABSTRACT

The objective of this article is to describe the beliefs that individuals with schizophrenia who hear voices maintain with respect to their voices, the degree of anxiety they experience, and their perception of social functioning. Adaptation strategies used by a subset of the sample spreads are presented. This research is based on the ABC cognitive model, which states that auditory hallucinations are *activating* events (A), in response to which people construct a *belief* system (B), which can cause emotional and behavioural *consequences* (C). Statistical analysis showed that individuals reporting stronger omnipotent voices tend to resist these voices more on an emotional level and have poorer social functioning. Individuals who resist their voices also tend to show a higher degree of anxiety. According to a consensus emerging from a qualitative analysis, taking the necessary medication and distraction from voices are considered strategies that are easiest to carry out and most effective in coping with voices.

Keywords: Auditory hallucinations, beliefs about voices, adaptation strategies, social participation

Une hallucination est une « perception qui procure la même sensation immédiate de réalité qu'une perception réelle, en l'absence de stimulations externes de l'appareil sensoriel concerné » (Favrod et Scheder, 2003, p. 139). De telles expériences perceptuelles se produisent à l'état d'éveil et sans contrôle volontaire de la personne (Beck et Rector, 2003). Dans certaines circonstances les hallucinations auditives (HA) peuvent être déclenchées par des stimuli extérieurs, par exemple des bruits environnants; à ce moment elles seraient renforcées par la présence de ces stimuli (Aleman et Larøi, 2009). Selon David (2004), elles présentent deux composantes : d'abord le contenu mental est traduit sous forme de voix et ensuite ces représentations auditives sont détachées de la personne qui les entend. Les HA sont la forme d'hallucinations la plus fréquente chez les personnes atteintes de schizophrénie (Bauer *et al.*, 2011). Dans cette vaste recherche internationale auprès de 1 080 personnes atteintes de ce trouble, Bauer et ses collègues rapportent un pourcentage de HA variant de 67 % à 91 % selon l'origine culturelle des personnes. Mais si la majorité des personnes atteintes de schizophrénie entendent des voix, la plupart des personnes entendant des voix n'en sont pas atteintes (Boyd Ritsher, Lucksted, Otilingam et Grajales, 2004). Pour les personnes ayant un diagnostic et prenant des neuroleptiques, les voix persisteraient chez 25 % à 50 % d'entre elles (Newton *et al.*, 2005). Cette persistance, couplée à une nature malveillante des voix, provoque de la détresse chez les personnes (Chadwick, Birchwood et Trower, 2003), ce qui interfère avec leur fonctionnement social (Fowler, Garety et Kuipers, 1995). Favrod et Scheder (2003) évaluent que 30 % à 40 % des personnes qui ont des HA se rétablissent après une période moyenne de 6 ans.

Ce sont les études pionnières de l'équipe du psychiatre social Marius Romme de l'Université Limburg à Maastricht qui ont montré que malgré la présence de HA, il est possible de vivre de façon productive dans la communauté (Honig *et al.*, 1998; Romme et Escher, 1989; Romme, Honig, Noorthoorn et Escher, 1992). Les résultats de leurs recherches ont inspiré nombre de chercheurs, d'intervenantes et d'intervenants et de personnes directement concernées par le phénomène à adhérer au nouveau paradigme mettant l'accent sur le sens que l'on attribue à ce phénomène et sur son acceptation (Romme et Escher, 1993). Dans une perspective émancipatrice visant à connaitre les stratégies déployées par les personnes entendant des voix, Romme *et al.* (1992) se sont intéressés à l'expérience de 173 personnes. Dans cet enchantillon, 58 personnes composaient

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.145.102.249 on 05/16/24

bien avec les voix, et 67 n'étaient pas suivies en psychiatrie. Ils ont fait ressortir quatre types de stratégies : l'écoute sélective, l'établissement de limites avec les voix, la distraction et le fait de les ignorer. Dans un premier temps, les répondantes et répondants suivis en psychiatrie ont rapporté une perception de soutien social significativement plus faible que l'autre groupe. Ceux et celles qui composent mieux avec leurs voix ($n = 58$) par rapport à ceux et celles qui y arrivent moins bien ($n = 115$) ont tendance à moins consulter les services psychiatriques, à utiliser des stratégies d'écoute sélective avec les voix et à établir des limites avec celles-ci (Romme *et al.*, 1992). Les stratégies visant à ignorer les voix dérangeantes se révèlent infructueuses car les stratégies d'évitement augmentent leur fréquence et parfois leur intensité (Trower, Birchwood et Meaden, 2010). En plus, le fait de les ignorer demande un effort parfois considérable, perturbant les activités de la vie quotidienne (Romme et Escher, 1989). Il ressort de cette étude que la distraction est la seule stratégie utilisée de façon majoritaire par les personnes qui ne sont pas en mesure de s'adapter à leurs voix (Romme *et al.*, 1992). Les travaux de cette équipe ont contribué au développement d'un vaste réseau d'entraide, surtout en Angleterre, où plus de 180 groupes de personnes entendant des voix ont été créés (Hearing Voices Network, 2016; Intervoice, 2016; Soucy et St-Onge, 2012).

À partir du modèle cognitif ABC révisé par Ellis (1991), une équipe de chercheurs britanniques ont développé la perspective que les voix, au même titre que d'autres événements stressants, sont un élément déclencheur (A) auquel la personne attribue un sens en construisant un système de croyances (B) qui entraîne des réactions émotionnelles et comportementales (C) (Chadwick *et al.*, 2003, p. 42). L'analyse de la façon dont chaque personne donne un sens à son expérience se trouve au cœur de la formulation cognitive de la psychose (Fowler, Garety et Kuipers, 1999).

Quatre types de croyances seraient liées aux comportements d'adaptation chez les personnes entendant des voix : l'identité des voix, leur visée (bienveillante ou malveillante), l'omnipotence et celles liées aux conséquences de leur obéir ou leur désobéir (Chadwick *et al.*, 2003). Selon cette équipe de chercheurs qui ont validé un questionnaire sur les croyances par rapport aux voix (Chadwick et Birchwood, 1994, 1995; Chadwick, Lees et Birchwood, 2000), il y a trois catégories de réponses émotionnelles et comportementales par rapport aux voix : la résistance, l'engagement et l'indifférence. Cette dernière catégorie est par contre rarement rencontrée dans les groupes cliniques. En général, les personnes ont tendance à résister aux voix malveillantes et à se conformer aux voix bienveillantes (Chadwick et Birchwood, 1994, 1995). Birchwood et Chadwick (1997) ont montré que les personnes qui s'engagent avec leurs voix sont significativement moins en détresse que celles qui y résistent. D'autres auteurs ont fait ressortir un effet paradoxal de l'engagement vis-à-vis des voix bienveillantes : cet engagement empêche les personnes d'entrer en communication avec leur entourage (Favrod, Grasset, Spreng, Grossenbacher et Hodé, 2004).

Birchwood, Meaden, Trower, Gilbert et Plaistow (2000) suggèrent que la relation existant entre les personnes et leurs voix est le reflet de leurs relations sociales, les différences de pouvoir entre la personne et ses voix se présentant de façon parallèle aux différences de pouvoir entre la personne et les membres de sa collectivité. Dans ce sens, les préoccupations que soulève l'expérience des voix pour les personnes sont pour la plupart d'ordre social : isolement, évitement de lieux de rencontre et de socialisation, appauvrissement des liens sociaux, etc. (St-Onge, 2013). Malheureusement, l'évitement non seulement amplifie les voix, mais provoque également un sentiment de subordination que ces personnes ressentent vis-à-vis de leur entourage (Trower *et al.*, 2010). La théorie du rang social que ces auteurs ont incorporée au modèle cognitif initial

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.145.102.249 on 05/16/24

nous fait comprendre comment les personnes aux prises avec des voix malveillantes et omnipotentes (qui représenteraient environ 80 % des voix dérangeantes entendues) se sentent inférieures aux autres membres de la communauté. Ce sentiment d'infériorité se répercute en une perte d'attractivité sociale ou d'appartenance à un groupe social et conduit, malheureusement, à la marginalisation (Trower *et al.*, 2010, p. 88).

L'objectif de cet article est de décrire l'expérience de personnes atteintes de schizophrénie qui entendent des voix en faisant ressortir les liens qui existent entre les croyances auxquelles elles adhèrent par rapport à leurs voix, l'anxiété qu'elles ressentent et leur degré de fonctionnement social. Une description de l'évaluation fonctionnelle des voix est également présentée, ainsi que les résultats d'une analyse qualitative auprès d'un sous-groupe de participants et participantes par rapport aux stratégies qu'ils déploient pour composer avec leur voix.

MÉTHODOLOGIE

La population visée par cette recherche est composée de personnes âgées entre 20 et 55 ans[1] ayant un diagnostic de schizophrénie et vivant dans la communauté. Le recrutement a reposé sur la collaboration de professionnelles et professionnels de cliniques spécialisées et de centres de réadaptation affiliés à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ) et au Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) du CHU de Québec. Une vingtaine de psychiatres de ces établissements ont directement été sollicités pour le recrutement de personnes éligibles à participer à la recherche. Étant donné les difficultés de recrutement par l'intermédiaire de ces établissements, une autorisation a été obtenue du Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de compléter la sollicitation auprès d'un organisme communautaire dont la majorité de sa clientèle présentent un trouble schizophrénique. Les personnes intéressées étaient dirigées vers la coordonnatrice de la recherche. Cette étude multisite a été approuvée sur le plan éthique par le CÉR central de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ), institut universitaire où la première auteure était associée au moment de la recherche. Un consentement éclairé a été obtenu à chacun des volets de la recherche et signé par les participantes et participants. Trente-six personnes ont participé à la recherche dont 12 n'entendaient plus de voix au moment de l'entrevue.

Procédure

Cette recherche comporte trois volets : le premier a consisté en une rencontre individuelle d'une durée d'environ 90 minutes comportant une investigation cognitive qualitative des voix[2], la complétion de questionnaires validés auprès de la population ciblée et le recueil de données sociodémographiques et cliniques. Dans un but de standardisation, l'intervieweuse lisait chacun des énoncés à haute voix et les répondants et répondantes avaient devant eux le choix des réponses qu'ils lui indiquaient verbalement. De ce volet, trois groupes de personnes ont été constitués : (a) n'ayant plus de HA, (b) adaptées aux HA et (c) non adaptées au HA. Ces personnes ont été invitées à participer au deuxième volet, la recherche neurophysiologique[3]. Enfin, le troisième volet a consisté en deux rencontres de groupe de discussion avec 8 des 24 personnes entendant des voix qui ont participé au premier volet de la recherche. Ce volet a fait l'objet du mémoire de maitrise de la deuxième auteure. Une analyse secondaire des 24 entretiens individuels a d'abord été réalisée dans le but de faire ressortir les stratégies déployées par les participantes et participants à l'égard de leurs voix

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.145.102.249 on 05/16/24

(Grégoire, 2013). Cette analyse a fait ressortir 13 stratégies dont la plus fréquente est la distraction, c'est-à-dire s'occuper dans le but de se changer les idées. Elle est suivie par la rationalisation (tenter de prendre une distance) et la confrontation des voix (tenter de contrôler les voix ou s'y opposer). C'est sur la base de cette analyse qu'a été construit le canevas d'entrevue de groupes.

Outils et modalités de collecte de données

Les croyances portant sur les voix ont été évaluées à l'aide du *Revised Beliefs about Voices Questionnaire* (BAVQ-R) (Chadwick *et al.*, 2000, traduit par Favrod et Scheder, 2003). La participante ou le participant répond à 35 énoncés sur une échelle de type Likert en quatre points, de 0 (*pas du tout d'accord*) à 3 (*totalement d'accord*). L'outil évalue cinq facteurs : (a) l'omnipotence (6 énoncés, dont « Ma voix me fait faire des choses que je ne veux réellement pas faire »), (b) la malveillance (6 énoncés, dont « Ma voix veut me faire du mal »), (c) la bienveillance (6 énoncés, dont « Ma voix veut m'aider »), (d) la résistance à la voix (9 énoncés, dont « Quand j'entends ma voix d'habitude, j'essaie de l'enlever de mon esprit ») et (e) l'engagement envers la voix (8 énoncés, dont « Ma voix me donne confiance en moi »). Ces deux derniers facteurs se déclinent sur les plans émotionnel et comportemental. Les consignes sont centrées sur la voix qu'ils ont entendue au cours de la dernière semaine. Si plusieurs voix sont entendues, on leur demande de se référer à celle qui a la plus grande influence sur eux. Ce questionnaire a été administré aux 24 personnes qui entendaient des voix au moment de l'entrevue.

La version traduite et adaptée (Morin, 2015) du questionnaire *Well-Being Scale* de Tebb (1995) a été utilisée pour mesurer le fonctionnement social[4]. Cette échelle a été développée sur la base du modèle de pratique en service social centrée sur la santé qui met l'accent sur les forces et le potentiel à les développer. Initialement cette échelle a été construite dans le contexte spécifique des aidantes et aidants familiaux en vue de soutenir leur bien-être. L'échelle comprend 45 énoncés en quatre points, de 0 (*jamais ou presque jamais*) à 3 (*presque toujours*) et est divisée en deux sous-échelles. La première, basée sur la hiérarchie des besoins de Maslow, évalue la réponse aux besoins de base d'une personne : se sentir aimée, se sentir comme ayant de la valeur, se sentir appréciée des autres, se sentir soutenue par sa famille et ses amies et amis, pouvoir exprimer diverses émotions, etc. (17 énoncés). La deuxième vise à connaitre jusqu'à quel point la personne arrive à accomplir ses rôles sociaux et les activités de la vie quotidienne (AVQ), avec ou sans aide : faire le ménage de la maison, assister à des événements sociaux, faire de l'exercice, etc. (28 énoncés). Les scores de la sous-échelle « satisfaction des besoins » varient de 0 à 51 et ceux de la sous-échelle « AVQ et les rôles sociaux » de 0 à 84.

Le *Beck Anxiety Inventory* comprend 21 symptômes couramment associés à l'anxiété. Les énoncés représentent des symptômes neurophysiologiques, subjectifs, somatiques ou de panique qui sont liés à l'anxiété. Pour chacun des symptômes, la personne indique à quel point elle en a été incommodée au cours de la dernière semaine. Le choix de réponse est « *pas du tout* » (0) si elle n'a pas du tout été dérangée par le symptôme durant la dernière semaine, « *légèrement* » (1) si le symptôme ne l'a pas beaucoup dérangée, « *modérément* » (2) si c'était très déplaisant mais supportable et « *fortement* » (3) si elle pouvait à peine supporter le symptôme. Un score total se situant entre 0 et 7 indique une anxiété minimale; entre 8 et 15, une anxiété légère; entre 16 et 25, une anxiété modérée; et entre 26 et 63, une anxiété importante. L'obtention

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.145.102.249 on 05/16/24

de cet outil étant liée à des droits d'auteurs, des copies ont été achetées pour la passation de cet inventaire (Beck, 1993).

La version française de la section portant sur les hallucinations auditives des *Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS)* de Haddock, McCarron, Tarrier et Faragher (1999), validée par Favrod *et al.* (2012) a été utilisée pour évaluer les caractéristiques des HA. Elle comprend 11 thèmes : (a) la fréquence, (b) la durée, (c) la provenance, (d) le volume, (e) la croyance sur l'origine des voix, (f) la quantité de contenu négatif, (g) le degré de contenu négatif, (h) le degré de détresse, (i) l'intensité de la détresse, (j) l'impact des voix sur la vie et (k) la contrôlabilité des voix. La cotation maximale de l'échelle est de 44. Chacun des thèmes est évalué à partir de la situation observée par l'évaluateur ou l'évaluatrice selon un des descriptifs identifiés entre 0 et 4. Un score élevé représente un degré plus important de dérangement par rapport aux caractéristiques des voix. L'échelle a été remplie *a posteriori* dans un court délai suivant l'entrevue par l'intervieweuse qui a une formation de psychologue. Tous ces questionnaires présentent de bonnes qualités psychométriques.

Enfin, l'obtention de données sociodémographiques et cliniques a été faite à l'aide d'un questionnaire contenant une vingtaine de questions usuelles : sexe, année de naissance, scolarité, nombre d'hospitalisations en psychiatrie, âge de la première hospitalisation, prise de médications, etc.

Analyses

Des analyses descriptives univariées et des analyses corrélationnelles entre les diverses variables à l'étude ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS®. Pour ce qui est des rencontres de groupe, une analyse de contenu phénoménologique a été réalisée selon Meyor (2005). Cette analyse consiste, dans un premier temps, à faire une lecture flottante des données, suivie d'une catégorisation en regroupant les données premières en des unités de signification, de « traduire » le contenu de ces données primaires en langage scientifique et, enfin, de dégager la structure du phénomène. La grille de codification a fait l'objet d'une entente interjuges (Grégoire, 2013, p. 44).

RÉSULTATS

Résultats quantitatifs

Concernant les caractéristiques sociodémographiques et socioprofessionnelles des participantes et participants à la recherche, l'âge de ces personnes varie de 24 à 55 ans (M = 38,6 ans). La majorité sont célibataires et vivent des prestations de la sécurité du revenu. Six ont des enfants et la majorité vivent dans un logement en location. Bien que 20 personnes aient entamé ou terminé des études universitaires ou collégiales, seulement 4 d'entre elles ont un emploi rémunéré au moment de l'entrevue, et 5 sont aux études à temps plein ou partiel. Il est à noter que la moitié des 36 personnes ont participé à un groupe de soutien pour les personnes entendant des voix dans un organisme communautaire ou dans une clinique ou un centre affilié à l'IUSMQ.

En ce qui a trait aux données d'ordre clinique, la totalité des 36 participants et participantes prennent une médication psychotrope dont 94,4 % sont des neuroleptiques de nouvelle génération (ex. : Abilify). Plus de la moitié de ces personnes ont une prescription de trois à cinq médicaments psychotropes : antidépresseurs,

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.145.102.249 on 05/16/24

anxiolytiques, thymorégulateurs, etc.[5]. À la question que nous leur avons posée sur l'observance de la dose prescrite et de la fréquence, la totalité ont répondu « tout le temps » (91,7 %) ou « assez souvent » (8,3 %). La presque totalité des personnes (92,4 %) ont vécu de 2 à 10 hospitalisations.

Au tableau 1, les données relatives à l'évaluation fonctionnelle des voix auprès des 24 personnes qui en entendaient au moment de l'entrevue sont présentées. On peut constater que les voix sont assez fréquentes et qu'elles peuvent durer plusieurs heures de suite pour le tiers des répondantes et répondants. Le volume des voix est semblable à leur propre voix. La quantité et le degré de contenu négatif est très élevé et il comprend des injures et des menaces personnelles. Il n'est donc pas surprenant que ce contenu soit lié à une intensité de détresse relativement élevée. Ainsi, pour 62,5 % des personnes les voix sont modérément ou très pénibles et seulement le tiers donnent l'impression d'avoir un certain contrôle sur ses voix.

Des analyses corrélationnelles non paramétriques de Spearman ont été réalisés entre les diverses variables à l'étude et des données sociodémographiques (âge, sexe, nombre d'hospitalisations, le fait d'avoir

Tableau 1

L'évaluation fonctionnelle des voix (*N* = 24)

Caractéristiques	*N*	%
La fréquence des voix		
Au moins une fois par semaine	3	12,5
Au moins une fois par jour	8	33,3
Au moins une fois par heure	7	29,2
Présentes continuellement	6	25,0
La durée des voix		
Quelques secondes, voix fugaces	3	12,5
Quelques minutes	8	33,3
Au moins une heure	5	20,8
Plusieurs heures de suite	8	33,3
La provenance des voix		
Seulement de l'intérieur de la tête	13	54,2
De l'extérieur de la tête, mais proches des oreilles	2	8,3
De l'intérieur de la tête, de l'extérieur proche des oreilles et de l'extérieur loin des oreilles	5	20,8
Seulement de l'extérieur de la tête	4	16,7
Le volume des voix		
Moins fort que sa propre voix, murmures	3	12,5
Même volume que sa propre voix	21	87,5
La quantité de contenu négatif ou positif		
Pas de contenu déplaisant ou négatif	0	0,0
Contenu déplaisant occasionnel (moins de 10 %)	4	16,7
Une minorité de contenu déplaisant (moins de 50 %)	4	16,7
Une majorité de contenu déplaisant (plus de 50 %)	10	41,7
Tout le contenu des voix est déplaisant ou négatif	6	25,0

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.145.102.249 on 05/16/24

Tableau 1

(suite)

Caractéristiques	*N*	%
Le degré de contenu négatif		
Pas de contenu déplaisant ou négatif	4	16,7
En partie négatif : mots injurieux ou commentaires non dirigés sur soi	3	12,5
Injures personnelles, commentaires sur le comportement	6	25,0
Injures personnelles liées au concept de soi	8	33,3
Menaces personnelles contre soi	3	12,5
Le degré de détresse reliée aux voix		
Les voix ne sont pas pénibles du tout	1	4,2
Elles sont occasionnellement pénibles (moins de 10 %)	8	33,3
Une minorité des voix est pénible (moins de 50 %)	2	8,3
La majorité des voix est pénible (plus de 50 %)	8	33,3
Elles sont toujours pénibles	5	13,9
L'intensité de la détresse reliée aux voix		
Les voix ne sont pas pénibles du tout	2	8,3
Elles sont légèrement pénibles	7	29,2
Elles sont modérément pénibles	6	25,0
Les voix sont très pénibles	9	37,5
L'impact des voix sur la vie quotidienne et sociale		
Pas d'impact	3	12,5
Impact minimal	9	37,5
Impact modéré	3	12,5
Impact important	9	37,5
La contrôlabilité des voix		
La personne croit qu'elle a un certain contrôle, la plupart du temps	8	33,3
Approximativement la moitié du temps	3	12,5
Seulement occasionnellement	5	20,8
N'a pas de contrôle sur ses voix	8	33,3

participé à un groupe de soutien pour les personnes entendant des voix). Seules les corrélations qui se sont révélées significatives sont présentées.

Les croyances par rapport aux voix (*n* = 24). Les participants et participantes dont la présence des voix *omnipotentes* est perçue plus forte ont tendance à résister davantage à leurs voix sur le plan émotionnel (r = 0,67), à avoir un fonctionnement social moins bon : facteur « satisfaction des besoins » (r = -0,48) et facteur « AVQ et rôles sociaux » (r = -0,54). Quant aux personnes qui perçoivent davantage leurs voix comme étant *malveillantes,* elles ont tendance à leur résister (r = 0,66) et à ne pas s'engager avec elles sur le plan émotionnel (r = -0,50); elles perçoivent également un moins bon fonctionnement social (facteur « satisfaction des besoins », r = -0,41). Le fait de percevoir ses voix comme étant *bienveillantes* est corrélé avec une tendance à moins leur résister sur le plan émotionnel (r = -0,43) et à s'engager davantage avec elles sur le plan émotionnel (r = 0,73) et sur le plan comportemental (r = 0,72). Par ailleurs, les personnes qui ont

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.145.102.249 on 05/16/24

tendance à résister davantage à leurs voix sur le plan émotionnel présentent un degré plus élevé d'anxiété (r = 0,44). Enfin, pour ces 24 participantes et participants, des liens ont été vérifiés entre les croyances et le fait d'avoir participé à un groupe de soutien. Ceux et celles y ayant participé ont tendance à s'engager davantage avec leurs voix sur le plan comportemental (r = 0,51).

L'anxiété et le fonctionnement social (n = 36). Les participantes et participants plus âgés rapportent un degré de fonctionnement social (facteur « AVQ et rôles sociaux ») moins élevé (r = -0,38). Ceux et celles qui perçoivent moins de satisfaction par rapport à leurs besoins ont tendance à résister davantage à leurs voix sur le plan émotionnel (r = -0,46) et à être plus anxieux (r = -0,35).

Résultats qualitatifs : les réponses émotionnelles et comportementales par rapport aux voix et les stratégies déployées

Les huit personnes qui ont participé au troisième volet de la recherche sont une femme et sept hommes âgés entre 20 et 50 ans dont cinq ont déjà participé à un groupe de soutien pour les personnes entendant des voix. Les données recueillies lors du premier volet de l'étude à l'échelle du PSYRATS auprès de ce sous-échantillon révèlent que six participants attribuent une visée malveillante à leurs voix, c'est-à-dire que les contenus sont jugés négatifs. Pour quatre d'entre eux, les voix sont modérément pénibles ou très pénibles, et trois perçoivent des impacts majeurs de ces voix sur leur vie. De plus, les voix affectent ou interfèrent avec leurs pensées, émotions ou actions de façon importante pour six des huit personnes, et pour certaines cela contribue à limiter leurs contacts sociaux. Seulement une personne semblait, lors de la première entrevue, avoir un sentiment de contrôle sur ses voix.

Lors des rencontres de groupe, il ressort que les personnes ont des réponses émotionnelles et comportementales négatives par rapport à leurs voix et que celles-ci font appel à des émotions déplaisantes :

> Ça peut être un refoulement. C'est sûr que c'est préoccupant. Quand on ne connait pas ça, souvent, ce n'est pas long qu'on devient déprimé et qu'on se déprécie[6].

Les personnes attribuent une origine et une explication différente à leurs voix. Certaines pensent que la drogue est à l'origine de l'apparition des voix; d'autres les associent à la maladie et à ses symptômes, à des démons ou à un traumatisme, par exemple. Concernant les stratégies déployées pour composer avec ces voix, dans un premier temps nous rapportons une répartition quantifiée du recours aux 13 stratégies qui sont ressorties de l'analyse secondaire des données. En effet on a demandé aux huit personnes de noter la fréquence d'utilisation de chacune de ces stratégies sur une échelle de 0 (*jamais*) à 3 (*très souvent*) voir le tableau 2. La stratégie la plus utilisée se révèle être la prise de médicaments suivie du fait de rationnaliser, c'est-à-dire de remettre en question ses voix et de tenter de prendre du recul par rapport à elles :

> Ça n'a pas de sens, c'est juste des symptômes.

Arrivent *ex æquo* le fait de se distraire, d'avoir une vision positive des événements, de nourrir des buts stimulants et d'avoir de saines habitudes de vie :

> Je n'arrête pas [il fait de la course à pied], je ne lâche pas, je ne veux pas perdre ce que j'ai gagné. Moi, un bout de temps, je pesais 250 livres, je fumais un paquet et demi. J'ai arrêté de fumer, j'ai perdu du poids, je me suis entrainé et c'est mon moyen de m'en sortir un peu.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.145.102.249 on 05/16/24

Tableau 2

Répartition de l'utilisation des 13 stratégies de l'analyse secondaire des données (*N* = 8)

Stratégies	Cumul de fréquences
Prendre sa médication	24
Rationaliser	19
Se distraire	16
Avoir une vision positive des événements	16
Nourrir des buts stimulants	16
Avoir de bonnes habitudes de vie	16
Se centrer sur le moment présent	15
S'investir dans des projets	14
Ignorer les voix	14
Se centrer sur soi	12
Confronter ses voix	12
Vérifier la validité des voix	11
Faire de l'écoute sélective	10

Concernant la fréquence d'utilisation de ces stratégies, les données des groupes de discussion confirment que l'écoute sélective et la vérification auprès de proches de la véracité des voix sont des moyens moins utilisés par les participants et participantes. Par contre, le fait d'ignorer ses voix n'est pas ressorti de façon importante en entrevue individuelle, mais a été nommé par plus de la moitié des participantes et participants aux groupes. Enfin, des stratégies ont émergé clairement des rencontres de groupes : il s'agit du fait d'interagir avec ses voix, d'avoir recours à l'humour et enfin de briser son isolement. On présente au tableau 3 la perception de l'efficacité et de la facilité avec laquelle les participants et participantes évaluent ces stratégies.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.145.102.249 on 05/16/24

Tableau 3

Efficacité et faisabilité des stratégies selon les participants et participantes (*N* = 8)

Stratégies dites efficaces	Stratégies à l'efficacité mitigée
Dites plus faciles à réaliser	
Prendre sa médication	Interagir avec les voix
Se distraire des voix	Confronter les voix
Nourrir de l'espoir	Avoir de saines habitudes de vie
Dites plus difficiles à réaliser	
Se centrer sur soi	Faire de l'écoute sélective
Se centrer sur le moment	
S'investir dans des projets	
Briser l'isolement	
Avoir des pensées positives	
Valider les voix auprès de proches	
Rationaliser	
Ignorer les voix	

Deux stratégies font consensus chez les répondants et répondantes quant à leur efficacité à mieux gérer les voix : la prise de médicaments et le fait de s'en distraire. En revanche, interagir avec les voix et les confronter sont moins populaires, car elles ont des effets indésirables comme l'amplification des voix. Cela est perçu comme pouvant nuire au rétablissement en accordant trop d'importance aux voix. Adopter de saines habitudes de vie semble une stratégie à l'efficacité mitigée, la majorité ne faisant pas le lien entre ces habitudes et l'adaptation aux voix. La stratégie qui est considérée comme « l'ultime moyen » ou « la première chose à faire » pour réduire l'impact des voix est de prendre sa médication telle que prescrite. Les participants et participantes sont unanimes à trouver que se distraire des voix est non seulement facile à réaliser mais aussi est très efficace. Dans certaines situations, cela dissipe les voix :

> Moi je joue à l'ordinateur [. . .] et ça m'aide beaucoup, surtout pour les voix. Quand je suis là-dessus, je suis tellement concentré que les voix, ça passe.

Certaines stratégies, jugées plus difficiles, sont quand même considérées efficaces, comme se centrer sur le moment présent :

> C'est dans ma routine quotidienne, les petites réussites : faire la vaisselle, faire le ménage.

Une de celles-ci est de s'investir dans des projets comme avoir un emploi ou faire du bénévolat. Le fait de s'occuper est valorisant et fait une différence majeure dans leur vie, par exemple en augmentant leur confiance. Par ricochet, ils se sentent moins vulnérables par rapport aux voix :

> Quelqu'un [une voix] me dit que je suis un imbécile ou peu importe, bien ça me fait moins mal [qu'avant l'activité valorisante]. Donc le contenu des voix me fait moins mal qu'avant.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.145.102.249 on 05/16/24

L'efficacité d'interagir avec ses voix est jugée mitigée. Selon un répondant, ce dialogue sème de la confusion ou contribue à entretenir un délire par rapport aux voix, tandis qu'un autre juge que cela amène les voix à se dissiper :

> Quand [j'essaie] d'établir un dialogue [avec mes voix], on dirait qu'après un bout, ça n'a plus de sens ce que la voix dit et ça part.

DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Les résultats de la présente étude soutiennent les constats de l'équipe de Chadwick montrant que les personnes qui perçoivent leurs voix comme étant malveillantes et omnipotentes (par exemple la croyance que les voix savent tout d'eux, la peur de représailles s'ils désobéissent à leurs voix) ont tendance à leur résister et ne pas s'engager avec elles sur le plan émotionnel. La résistance émotionnelle renvoie à des sentiments de tristesse, de peur, de contrariété ou d'anxiété, ce qui explique leur relation avec un degré d'anxiété plus élevé. Nos résultats font ressortir également que le fait d'attribuer une nature bienveillante à ses voix corrèle avec une moins grande résistance sur le plan émotionnel et avec un plus grand engagement sur le plan autant comportemental qu'émotionnel. Cela renvoie d'une part au fait de suivre les conseils des voix, de leur obéir ou encore d'entrer en contact avec elles et, d'autre part, au fait que les voix arrivent à les calmer, les rassurer, leur donner confiance.

On constate par ailleurs que les personnes ont tendance à adopter des stratégies que l'on pourrait qualifier d'évitement : la prise de médication et la distraction. De plus, les personnes qui se considèrent adaptées aux voix ont tendance à les interpréter comme des symptômes de la schizophrénie pour qui la médication est « l'ultime moyen » pour s'y adapter. Mais comme le souligne le psychiatre social Marius Romme (2012), la médication, qui est efficace à court terme pour réduire l'anxiété reliée aux voix, a des effets délétères sur la capacité émotionnelle de la personne à composer avec ses voix au long cours, ce qui a un impact négatif sur ses possibilités de rétablissement (p. 161). Bien qu'il soit très important de respecter l'interprétation des personnes qui entendent des voix, le fait de les percevoir symptomatiques d'une maladie psychiatrique reflète une posture relativement passive et augmente le risque de se sentir subjuguées par le pouvoir des professionnelles et professionnels (Cameron et McGowan, 2013, p. 23). Ce risque est d'autant plus élevé que les voix sont dans la majorité des cas dans une position dominante. Dans cette optique il est important de tenter d'« éviter » de renforcer un comportement de subjugation et de subordination chez ces personnes.

Pour y arriver, ce serait important de les soutenir davantage à « faire un pas de plus » (Rapp et Goscha, 2012), et à leur rythme, pour réduire cette tendance à l'évitement. Ce soutien les aiderait à avoir accès à des activités valorisantes et ultimement à un travail sur le marché de l'emploi régulier, ce qui pourrait contribuer à la réduction de la discrimination à leur égard. Au cœur de l'approche de Rapp et Goscha se trouve l'adhésion au modèle de soutien à l'emploi Placement et soutien individualisé (PSI), mieux connu sous son acronyme anglais IPS. Cette forme de soutien a démontré son efficacité par rapport au développement de l'employabilité (Latimer, 2008), en lien avec le fait qu'il incite la participante ou le participant à un placement rapide en emploi où il peut développer ses habiletés (Corbière et Lecomte, 2009). Il serait plus près des aspirations professionnelles des participants et participantes (Corbière, Lesage, Villeneuve et Mercier, 2006). Cet aspect de la valorisation du travail régulier est ressorti dans une étude récente que nous avons

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.145.102.249 on 05/16/24

réalisée auprès de personnes entendant des voix couplant le groupe de soutien au suivi individualisé axé sur les forces (Breault-Ruel et St-Onge, 2016). Bien que la plupart des répondants et répondantes fussent en stage au moment de l'étude, cette activité a eu un effet positif sur les voix. En effet, pour la majorité des participants et participantes, les voix n'étaient pas présentes dans le contexte de la réalisation de cette activité perçue valorisante.

Selon Beck, Rector, Stolar et Grant (2009), les HA psychotiques sont caractérisées par le fait qu'elles sont négatives, qu'elles sont attribuées de façon catégorique à des sources extérieures et que leur contenu est interprété au pied de la lettre même s'il y a évidence du contraire. Dans cette optique, comment aider ces personnes à se distancier du contenu des voix (qu'il ne faut pas interpréter ici comme une forme de rationalisation), à s'engager avec elles et à y trouver un sens relié à leur expérience de vie? Participer à un groupe d'entraide ou de soutien est une de ses réponses, car les personnes apprennent des stratégies pour composer avec elles. Des effets bénéfiques liés à l'intervention de groupe ont par ailleurs été identifiés : l'universalisation de l'expérience, la révélation de soi, le sentiment d'appartenance, l'éducation, l'instillation de l'espoir, l'altruisme et la déstigmatisation (Ngo Nkouth, St-Onge et Lepage, 2010; St-Onge, Allaire et Breault-Ruel, 2015; St-Onge, Lepage, Ngo Nkouth et Breault-Ruel, 2013).

Mais on constate chez les personnes ayant participé à un groupe qu'elles adoptent en majeure partie des stratégies de distraction qu'elles jugent plus faciles à réaliser. Le groupe de soutien n'est donc pas l'unique voie; d'autres approches, pour une meilleure réponse de la part du système de soins, peuvent être suggérées, comme par exemple la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) appliquée spécifiquement aux voix. Mais bien que cette intervention ait démontré une efficacité, certaines des cibles les plus importantes, comme le pouvoir que les personnes donnent aux voix, sont difficiles à changer (voir la revue systématique de McCarthy-Jones *et al.*, 2015). Ces auteurs suggèrent d'intégrer la TCC spécifique aux voix à l'intérieur d'une approche multimodale. Ce type d'approche a largement prouvé son efficacité dans le domaine des troubles de la personnalité en couplant la thérapie dialectique comportementale (TDC) à des modalités de groupe, de pleine conscience (PC), de psychoéducation, de supervision clinique auprès des intervenantes et intervenants, etc. (Linehan, 2015).

À l'instar de Kingdon et Turkington (2005), on pourrait recourir à l'entretien motivationnel pour aider les personnes à se préparer à une intervention de TCC spécifique aux voix. En effet, on constate souvent que les personnes qui entendent des voix dérangeantes ont un lien particulier avec leurs voix qui reflète leur position sociale de subordination (Trower *et al.*, 2010), mais aussi que l'engagement par rapport aux voix bienveillantes peut avoir un effet paradoxal les empêchant de créer des liens avec leur entourage (Favrod *et al.*, 2004). La technique de la balance décisionnelle propre à cette approche pourrait les aider à choisir entre le fait, d'une part, de créer des liens significatifs avec leur entourage pour favoriser une meilleure intégration à la communauté et, d'autre part, de conserver un lien exclusif avec leurs voix conduisant malheureusement à leur isolement.

D'autres approches sont la PC couplée à la thérapie d'acceptation et d'engagement (TCC de troisième génération). Elles sont de plus en plus utilisées pour travailler avec les voix dérangeantes. Les résultats sont embryonnaires, mais prometteurs (Strauss, 2015). La thérapie d'acceptation et d'engagement est axée—par un des éléments centraux de cette approche, la défusion cognitive—sur le fait de se distancier du contenu des voix, c'est-à-dire de ne pas les prendre au pied de la lettre. Elle mise également sur un engagement

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.145.102.249 on 05/16/24

concret dans une action basée sur ses valeurs. Mais selon Strauss (2015), une des difficultés de cette forme de thérapie de troisième vague semble justement de générer des mises en action. Le groupe de soutien couplé au suivi individualisé axé sur les forces a montré, pour certains et certaines, que cette mise en action était possible (Breault-Ruel et St-Onge, 2016). Mais cela demeure tout de même un défi.

Selon Romme (2012), dont l'approche rejoint la troisième vague de TCC, il est important de donner beaucoup d'informations aux personnes, d'utiliser une grille d'entrevue[7] pour échanger sur cette expérience réelle et de les aider à lier le contenu des voix à leur histoire de vie. Au lieu de recourir à une approche diagnostique, Romme (2012) nous invite à formuler, avec la collaboration étroite de la personne, un construit sur le sens que les voix représentent et le problème que cachent les voix, souvent une expérience traumatique passée. Ce travail dicte une collaboration interdisciplinaire.

CONCLUSION

Pour aider les personnes à accueillir l'expérience d'entendre des voix et y trouver un sens porteur d'espoir, il est important de prendre en considération l'interinfluence entre leur savoir expérientiel et le savoir scientifique. Pour ce faire il est important de miser sur l'intégration de différentes approches. Plusieurs modalités d'intervention, qu'elles soient d'ordre cognitivo-comportemental, de deuxième ou de troisième vague, d'entraide ou de soutien, sont essentielles, et surtout complémentaires, pour nous permettre de capter l'expérience d'entendre des voix dans sa globalité (St-Onge, 2014). Dans ce contexte il serait important de contribuer au développement des pratiques en innovant dans le domaine en recourant à des approches multimodales, tout en accompagnant ce développement de recherches évaluatives.

Les limites de l'étude

Le fait que la moitié des participantes et participants à notre étude ont déjà fait partie d'un groupe de soutien pour les personnes entendant des voix représente une limite, car la plupart des personnes atteintes de schizophrénie ne joignent pas de tels groupes. Mais en même temps, force est de constater que cette participation leur permet d'apprendre à démystifier cette expérience et à en parler davantage. Cette activité est de plus en plus populaire au Québec et il est fort à parier que de plus en plus de personnes y participeront. Une autre limite est le faible nombre de personnes sur lequel s'appuie notre étude et l'utilisation d'un échantillon clinique. Enfin, les résultats de type corrélationnel ne nous permettent pas d'établir de lien de cause à effet entre les diverses variables à l'étude.

NOTES

1. Cette étendue d'âge a été établie en raison de critères d'inclusion pour le volet neurophysiologique dont certaines mesures, en particulier le seuil moteur, peuvent augmenter avec l'âge.
2. Cette entrevue qualitative est basée sur les travaux de Chadwick *et al.* (2003), de Favrod et Scheder (2003) et de Romme *et al.* (1992). Un livre présentant l'analyse du témoignage de personnes ayant participé à cette partie de la recherche est à paraitre aux éditions Téluq/SMQ, collection à l'affût.
3. Des analyses concernant ces trois groupes font l'objet d'une autre publication sur ce deuxième volet, neurophysiologique, qui consistait en des mesures de l'activité du cerveau avec la technique des stimulations magnétiques transcrâniennes. L'incidence et la gravité des HA sont étroitement liées à des différences structurelles et

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.145.102.249 on 05/16/24

fonctionnelles du cerveau en raison d'une hausse d'activité cérébrale que les personnes atteintes de schizophrénie présentent; ces mesures sont mises en relation avec l'anxiété, car l'anxiété influencerait l'excitabilité corticale (Wassermann, Greenberg, Nguyen et Murphy, 2001).

4. Selon une traduction libre du *Social Work Dictionnary*, l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (aujourd'hui dénommé l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec) définit le fonctionnement social comme « l'accomplissement par une personne de ses rôles sociaux généraux envers les personnes de son environnement immédiat et envers elle-même. Ces fonctions consistent à satisfaire ses propres besoins de base et ceux de ses proches et à contribuer positivement à la société. Les besoins de base de l'humain incluent : les besoins physiques (nourriture, logement, sécurité, santé, protection), l'accomplissement personnel (éducation, loisir, valeurs et esthétisme, spiritualité, réalisation personnelle); les besoins affectifs (sentiment d'appartenance, aide mutuelle, amitié); et enfin une image de soi adéquate (confiance en soi, estime de soi et identité) » (Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, 1999, p. 13).
5. La nomenclature et la catégorisation des médicaments ont été faites avec l'appui d'une collègue médecin selon Gardner, Joffe et Kutcher (2006).
6. Tous les extraits cités dans cette section ont été repris du mémoire de maitrise de la deuxième auteure.
7. Voir à cet effet Escher (2012). Le lectorat intéressé par une telle grille en français peut se la procurer auprès de la première auteure.

RÉFÉRENCES

Aleman, A. et Larøi, F. (2009). *Hallucinations: The science of idiosyncratic perception.* Washington, DC: American Psychological Association.

Bauer, S. M., Schanda, H., Karakula, H., Olajossy-Hilkesberger, L., Rudaleviciene, P., Okribelashvili, N., [. . .] Stompe, T. (2011). Culture and the prevalence of hallucinations in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry, 52*, 319–325.

Beck, A. T. (1993). *Beck Anxiety Inventory*. San Antonio, TX : Pearson Clinical.

Beck, A. T. et Rector, N. A. (2003). A cognitive model of hallucinations. *Cognitive Therapy and Research, 27*(1), 19–52.

Beck, A. T., Rector, N. A., Stolar, N. et Grant, P. (2009). *Schizophrenia: Cognitive theory, research, and therapy.* New York, NY : Guilford Press.

Birchwood, M. et Chadwick, P. (1997). The omnipotence of voices: Testing the validity of a cognitive model. *Psychological Medicine, 27,* 1345–1353.

Birchwood, M., Meaden, P., Trower, P., Gilbert, P. et Plaistow, J. (2000). The power and omnipotence of voices: Subordination and entrapment by voices and significant others. *Psychological Medicine, 30,* 337–344.

Boyd Ritsher, J., Lucksted, A., Otilingam, P. G. et Grajales, M. (2004). Hearing voices: Explanations and implications. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 27*, 219–227.

Breault-Ruel, S. et St-Onge, M. (2016). Le jumelage d'un suivi de groupe à un suivi individualisé axé sur les forces auprès de personnes qui entendent des voix : une étude exploratoire, *Revue canadienne de service social, 33*(1), 87–106.

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.

Chadwick, P. et Birchwood, M. (1994). The omnipotence of voices: A cognitive approach to auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry, 165*, 190–201.

Chadwick, P. et Birchwood, M. (1995). The omnipotence of voices II: The Beliefs about Voices Questionnaire (BVAQ). *British Journal of Psychiatry, 166*, 773–776.

Chadwick, P., Birchwood, M. et Trower, P. (2003). *Thérapie cognitive des troubles psychotiques* (traduit par F. Chassé, W. Pilon et P. Morency). Mont-Royal, QC : Décarie Éditeur.

Chadwick, P., Lees, S. et Birchwood, M. (2000). The Revised Beliefs about Voices Questionnaire (BAVQ-R). *British Journal of Psychiatry, 177,* 229–232.

Corbière, M. et Lecomte, T. (2009). Vocational services offered to people with severe mental illness. *Journal of Mental Health, 18*(1), 38–50.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.145.102.249 on 05/16/24

Corbière, M., Lesage, A., Villeneuve, K. et Mercier, C. (2006). Le maintien en emploi de personnes souffrant d'une maladie mentale. *Santé mentale au Québec, 31*(2), 215–235.

David, A. S. (2004). The cognitive neuropsychiatry of auditory verbal hallucinations: An overview. *Cognitive Neuropsychiatry,* 9, 107–124.

Ellis, A. (1991). The revised ABC's of rational-emotive therapy (RET). *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 9*(3), 139–172.

Escher, S. (2012). Useful instruments for exploring hearing voices and paranoia. Dans M. Romme et S. Escher (dir.), *Psychosis as a personal crisis: An experience-based approach* (p. 45–58). Hove, Angleterre : Routledge.

Favrod, J., Grasset, F., Spreng, S., Grossenbacher, B. et Hodé, Y. (2004). Benevolent voices are not so kind: The functional significance of auditory hallucinations. *Psychopathology, 37,* 304–308.

Favrod, J. Rexhaj, S. Ferrari, P., Bardy, S., Hayoz, C., Morandi, S., [. . .] Giuliani, F. (2012). French version validation of the Psychotic Rating Scales (PSYRATS) for outpatients with persistent psychotic symptoms. *BMC Psychiatry, 12*(161), 1–7.

Favrod, J. et Scheder, D. (2003). *Faire face aux hallucinations auditives : de l'intrusion à l'autonomie.* Charleroi, Belgique : Socrates.

Fowler, D. G., Garety, P. et Kuipers, E. (1995), *Cognitive behaviour therapy for psychosis: Theory and practice.* Chichester, Angleterre : John Wiley & Sons.

Fowler, D. G., Garety, P. et Kuipers, E. (1999). Thérapie cognitive-behaviorale des psychoses. *Santé mentale au Québec, 24*(1), 61–88.

Gardner, D. M., Joffe, R. T. et Kutcher, S. P. (2006). *Guide des médicaments psychotropes* (3e éd.), Markham, ON : MDH Consulting.

Grégoire, S. (2013). *Les stratégies déployées par des individus atteints de schizophrénie expérimentant le phénomène d'audition de voix* (Mémoire de maitrise inédit). École de service social, Université Laval, Québec, QC.

Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N. et Faragher, E. B. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusion: The Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS). *Psychological Medicine, 29*, 879–889.

Hearing Voices Network. (2016). [website]. Retrieved from www.hearing-voices.org

Honig, A., Romme, M., Ensink, B. J., Escher, S., Pennings, M. et Devries, M. W. (1998). Auditory hallucinations: A comparison between patients and nonpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 186,* 646–651.

Intervoice. (2016). [website]. Retrieved from www.intervoiceonline.org

Kingdon, D. G. et Turkington, D. (2005). *Cognitive therapy of schizophrenia.* New York, NY : Guilford Press.

Latimer, E. (2008). *Le soutien à l'emploi de type « placement et soutien individuels » pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves : sa pertinence pour le Québec.* Montréal, QC : Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Récupéré de https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/AETMIS/Rapports/Psychologie/MO-2008-01_Modele_IPS.pdf

Linehan, M. (2015). *DBT® skills training manual* (2e éd.). New York, NY : Guilford Press.

McCarthy-Jones, S., Thomas, N., Dodgson, G., Fernyhough, C. Brotherhood, E., Wilson, G. et Dudley, R. (2015). What have we learnt about the ability of cognitive behavioural therapy to help with voice-hearing? Dans M. Hayward, C. Strauss et S. McCarthy-Jones (dir.), *Psychological approaches to understanding and treating auditory hallucinations: From theory to therapy* (p. 78–99). Hove, Angleterre : Routledge.

Meyor, C. (2005). La phénoménologie dans la méthode scientifique et le problème de la subjectivité. *Recherches qualitatives, 25*(1), 25–42.

Morin, M.-H. (2015). *S'adapter lors d'un premier épisode psychotique d'un jeune adulte : perspectives nouvelles pour l'intervention familiale et les pratiques collaboratives dans le domaine social en santé mentale* (Thèse de doctorat). École de service social, Université Laval, Québec, QC. Récupéré de http://ariane.ulaval.ca/cgi-bin/recherche.cgi?qu=a2465241

Newton, E., Landau, S., Smith, P., Monks, P., Shergill, S. et Wykes, T. (2005). Early psychological intervention for auditory hallucinations: An exploratory study of young people's voices groups. *Journal of Nervous and Mental Disorders, 193,* 58–61.

Ngo Nkouth, B., St-Onge, M. et Lepage, S. (2010). The group as a place of training and universality of the experience of voice hearers. *Groupwork, 20*(2), 45–64.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.145.102.249 on 05/16/24

Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec. (1999). *Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux exerçant en milieu hospitalier*. Montréal, QC : Auteur.

Rapp, C. A.. et Goscha, R. J. (2012). *The strengths model: A recovery-oriented approach to mental health services* (3e éd.). New York, NY : Oxford University Press.

Romme, M. (2012). Accepting and making sense of voices. A recovery-focused therapy plan. Dans M. Romme et S. Escher (dir.), *Psychosis as a personal crisis: An experience-based approach* (p. 153–165). Hove, Angleterre : Routledge.

Romme, M. et Escher, A. (1989). Hearing voices. *Schizophrenia Bulletin, 15,* 209–215.

Romme, M. et Escher, S. (dir.). (1993). *Accepting voices.* Londres, Angleterre : MIND.

Romme, M., Honig, A., Noorthoorn, E. O. et Escher, A. (1992). Coping with hearing voices: An emancipatory approach. *British Journal of Psychiatry, 161,* 99–103.

Soucy, B. et St-Onge, M. (2012). *Mieux vivre avec les voix : un outil d'animation et de formation.* Québec, QC : Claude Bussières.

St-Onge, M. (2013). *Comment contribuer à une transformation des pratiques des intervenants sociaux auprès des personnes qui entendent des voix qui sont dérangeantes?* Présentation au 5e Congrès international de l'Association internationale pour la formation, la recherche et l'intervention sociale (AIFRIS), Lille, France.

St-Onge, M. (2014, 23 mai). Une approche multimodale pour aider les personnes psychotiques qui entendent des voix. *Actes du colloque Communautés thérapeutiques : aussi intempestives que nécessaires*, organisé par la Communauté thérapeutique du Wolvendael, Bruxelles, Belgique. Récupéré de http://communautes-therapeutiques2014.jimdo.com/textes/myreille-st-onge/

St-Onge, M., Allaire, L. et Breault-Ruel, S. (2015). *« Une voie vers le partenariat à la vie citoyenne! » : l'évaluation de l'implantation de groupes d'entraide ou de soutien pour les personnes qui entendent des voix : phases I et II* (Rapport de recherche), Québec, QC : Université Laval, École de service social.

St-Onge, M., Lepage, S., Ngo Nkouth, B. et Breault-Ruel, S. (2013). Mieux vivre avec ses voix : le groupe de pairs. *Santé mentale*, *179,* 74–79.

Strauss, C. (2015). What have we learnt about mindfulness-based interventions and Acceptance and Commitment Therapy for distressing voices? Dans M. Hayward, C. Strauss et S. McCarthy-Jones (dir.), *Psychological approaches to understanding and treating auditory hallucinations: From theory to therapy* (p. 151–169). Hove, Angleterre : Routledge.

Tebb, S. (1995). An aid to empowerment: A caregiver well-being scale. *Health & Social Work, 20*(2), 87–92.

Trower, P., Birchwood, M. et Meaden, A. (2010). Appraisals: Voices' power and purpose. Dans F. Larøi et A. Aleman (dir.), *Hallucinations. A guide to treatment and management* (p. 81–101). Oxford, Angleterre : Oxford University Press.

Wassermann, E., Greenberg, B., Nguyen, M. et Murphy, D. (2001). Motor cortex excitability correlates with an anxiety-related personality trait. *Biological Psychiatry, 50,* 377–382.