

« Faut-il supprimer les voix ? Une réponse »

Jérôme Favrod et Valentino Pomini

*Santé mentale au Québec*, vol. 31, n° 1, 2006, p. 233-236.

Pour citer ce document, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/013697ar>

DOI: 10.7202/013697ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

---

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

---

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : [info@erudit.org](mailto:info@erudit.org)



## Faut-il supprimer les voix ? Une réponse

---

Jérôme Favrod et Valentino Pomini\*

**L**es hallucinations constituent sans doute une expérience des plus perturbantes pour l'être humain. Elles peuvent conduire la personne à adopter des conduites inappropriées, quand elles ne sont pas dangereuses pour elle ou pour autrui, qu'elles soient vécues de façon négative ou agréable. Faut-il alors supprimer les voix parce qu'elles aboutissent en général à des conduites socialement peu acceptables ou faut-il changer la société pour qu'elle soit davantage tolérante face à une expérience humaine finalement assez répandue ? Si les arguments proposés par St-Onge et Provencher pour répondre à cette question sont en grande partie recevables, la manière de les présenter nous paraît manquer de nuance et risquent de conduire selon nous à des idées fausses à leur sujet.

St-Onge et Provencher affirment que « certaines personnes partageant ces croyances construisent parfois un système rigide de pensées les amenant à des réactions fortes qui, pour certaines, seront tournées vers l'intérieur d'elles-mêmes (psychose) et pour d'autres vers l'extérieur (comme des actes terroristes socialement cautionnés par des groupes politiques extrémistes) ». À notre avis il n'est pas judicieux de comparer le « système de pensée rigide » des personnes atteintes de psychose avec celui de terroristes : c'est inciter à penser que les terroristes sont des psychotiques qui s'ignorent ou vice-versa que les psychotiques sont des terroristes en puissance. Voilà qui n'aurait pas de quoi rassurer les gens par rapport à une maladie dont la dangerosité n'est pas statistiquement supérieure à celle des personnes tout venant. Ceci dit, plus fondamentalement, le concept de « pensée rigide » pose problème. Les croyances que les patients développent au sujet des voix ne sont pas forcément rigides. Elles peuvent fluctuer sensiblement dans le temps. En second lieu, les hallucinations auditives ne s'accompagnent pas obligatoirement d'idées délirantes ou de croyances particulières. Associer rigidité de la pensée et hallucinations n'est donc pas pertinent. Le fait que des interventions pharmacologiques ou psychologiques permettent de modifier assez rapidement les contenus délirants de la pensée

---

\* Les auteurs travaillent à l'Unité de réhabilitation, Département de Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Suisse.

incitent plutôt à l'envisager comme plus instable qu'elle n'y paraît de prime abord.

Il est largement démontré que certaines personnes peuvent intégrer leur expérience hallucinatoire de façon socialement admise en adoptant des modèles de compréhension basés sur la biologie, la psychologie ou la religion. Souvent les personnes qui ont réussi à intégrer leurs expériences hallucinatoires ne consultent pas pour des troubles psychiques. On peut donc légitimement se poser la question s'il est méthodologiquement correct de comparer les comportements ou attitudes des personnes qui arrivent dans les services de psychiatrie à celles qui ne consultent pas. Il est certainement très différent d'intégrer ses hallucinations auditives quand on souffre d'une schizophrénie que de les entendre à la suite du décès de son conjoint. Nous estimons donc exagérée l'idée de St-Onge et Provencher qu'il n'est pas nécessaire de supprimer les voix sous prétexte que d'autres s'en accommodent très bien. Dans le même ordre d'idées, ce n'est pas parce que des sous-groupes de patients composent habilement avec un problème de santé que celui-ci n'a plus besoin d'être traité. Nombre de diabétiques parviennent à équilibrer leur glycémie, cela ne signifie pas pour autant qu'il faille arrêter la recherche de nouveaux traitements pour cette maladie. En fait, il serait utile de poser la question aux personnes qui souffrent d'hallucinations auditives : préfèrent-elles faire de leurs voix des alliées ou ne plus en avoir ?

Une autre façon d'aborder le problème des voix est, comme St-Onge et Provencher le proposent, de le définir essentiellement comme un problème de manque d'acceptation et de tolérance sociales. Le trouble psychiatrique n'existerait qu'à travers une définition sociale d'une communauté cherchant à se débarrasser de personnes dont le vécu et les comportements paraissent pour le moins étranges et marginaux. L'antipsychiatrie a longtemps soutenu ce type de thèse. Ceci a probablement été utile pour secouer et remettre en cause les systèmes de soins asilaires, mais cela n'a jamais véritablement réglé les problèmes des personnes atteintes de troubles mentaux.

On pourrait imaginer arrêter de vouloir supprimer les voix par constat d'impuissance. Les thérapies cognitives et comportementales des symptômes psychotiques ont certes permis assez récemment d'ouvrir un vaste champ de recherche et de modifier certains préjugés, leur effets sur les symptômes psychotiques ne sont pas révélés aussi marqués qu'on avait pu l'espérer au départ. Ce n'est pas une raison pour baisser les bras. De nouvelles méthodes sont à l'étude, visant notamment l'intégration d'interventions de remédiation cognitive à la psychothérapie.

Enfin, il nous paraît essentiel de favoriser le rétablissement des personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères. Mais les études indiquent qu'une des caractéristiques nécessaires au processus de rétablissement est de savoir distinguer ce qui fait partie de la maladie de ce qui fait partie de soi. La négation de la maladie ou l'identification avec celle-ci représentent des attitudes qui freinent le processus de rétablissement. Si augmenter la tolérance de l'environnement aux symptômes psychotiques apparaît comme un ingrédient important pour favoriser l'acceptation du symptôme par le patient et lui permettre d'éviter de le nier pour se faire accepter, allant ainsi dans le sens de certains arguments de St-Onge et Provencher, toute la stratégie thérapeutique ne saurait se baser que sur ce type d'intervention. Car l'action environnementale ne correspond finalement qu'à une recherche d'adaptation intermédiaire tant que les traitements ne fournissent pas un soulagement complet du problème.

En conclusion, le choix de supprimer ses voix appartient au final à la personne qui les entend. Apaiser la souffrance des personnes hallucinées qui ne souhaitent plus vivre ce type d'expériences et les aider aussi dans leur réinsertion socioprofessionnelle, souvent mise à mal par la persistance de ces phénomènes et leur chapelet de conséquences affectives et comportementales nous paraît un objectif prioritaire de la psychiatrie moderne. Et il nous apparaît dans ce contexte indispensable de continuer à chercher de nouveaux moyens d'y parvenir en réduisant notamment l'impact et la survenue des hallucinations.

## Références

- BAETHGE, C., 2002, Grief hallucinations : true or pseudo ? serious or not ? An inquiry into psychopathological and clinical features of a common phenomenon, *Psychopathology*, 35, 5, 296-302.
- CHAPMAN, L. J., CHAPMAN, J. P., 1988, *The Genesis of Delusions*, New York, Wiley.
- ERKWOH, R., WILLMES, K., EMING-ERDMANN, A., KUNERT, H. J., 2002, Command hallucinations : who obeys and who resists when ? *Psychopathology*, 35, 5, 272-9.
- ESCHER, S., ROMME, M., BUIKS, A., DELESPAUL, P., VAN OS, J., 2002, Formation of delusional ideation in adolescents hearing voices : a prospective study, *Am J Med Genet*, 114, 8, 913-20.
- FAVROD, J., GRASSET, F., SPRENG, S., GROSSENBACHER, B., HODE, Y., 2004, Benevolent voices are not so kind : the functional significance of auditory hallucinations, *Psychopathology*, 37, 6, 304-8.

- FAVROD, J., SCHEDER, D., 2004, Se rétablir de la schizophrénie : un modèle d'intervention, *Revue médicale suisse romande*, 124, 4, 205-8.
- FAVROD, J., SCHEDER, D., 2003, *Faire face aux hallucinations auditives : de l'intrusion à l'autonomie*, Charleroi, Socrate Editions Promarex.
- MACKINNON, A., COPOLOV, D. L., TRAUER, T., 2004, Factors associated with compliance and resistance to command hallucinations, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 5, 357-62.
- ROMME, M. A., ESCHER, A. D., 1989, Hearing voices, *Schizophrenia Bulletin*, 1989, 209-216.
- SAYER, J., RITTER, S., GOURNAY, K., 2000, Beliefs about voices and their effects on coping strategies, *Journal of Advanced Nursing*, 31, 5, 1199-205.
- SHERGILL, S. S., MURRAY, R. M., MCGUIRE, P. K., 1998, Auditory hallucinations : a review of psychological treatments, *Schizophr Res*, 32, 3, 137-50
- ZIMMERMANN, G., FAVROD, J., TRIEU, V. H., POMINI, V., 2005, The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders : A meta-analysis, *Schizophr Res*, 1-9.