

Le soin ne consiste pas seulement à combattre un symptôme, mais à rouvrir un espace où le patient peut redevenir sujet de son expérience. Les voix peuvent encore parler mais elles ne décident plus seules de la vie de la personne.

Lorsqu'une personne dit qu'elle entend des voix, les soignants pensent souvent d'abord à un symptôme. Ils se demandent depuis quand il est présent, s'il s'aggrave, s'il répond au traitement, s'il expose la personne ou autrui à un danger. Cette vigilance est nécessaire. Les hallucinations verbales peuvent en effet être associées à une grande détresse, à des conduites de retrait, à une perte de confiance en soi, à des comportements dictés par la peur ou l'obéissance. Elles peuvent aussi s'accompagner d'idées délirantes, d'un trouble de l'humeur, d'un vécu traumatique ou d'une consommation de substances. Pourtant, si le soin s'arrête à cette première lecture, quelque chose d'essentiel risque d'être manqué, car la voix n'est pas seulement un bruit parasite dans le fonctionnement psychique. Elle parle et peut dire quelque chose. Elle s'adresse à la personne, l'accuse, la menace, la conseille, la juge, la protège parfois. Son contenu touche souvent à l'histoire intime, aux peurs, aux pertes, à la honte, à la culpabilité, à l'image de soi. Pour cette raison, travailler avec les voix ne consiste pas uniquement à chercher à les supprimer. Il s'agit aussi d'aider la personne à comprendre ce qu'elle vit, à

reprendre une marge de liberté et à ne plus subir leur autorité.

DÉFINIR SANS RÉDUIRE

Une hallucination verbale peut être définie simplement comme la perception d'une voix en l'absence de stimulation extérieure correspondante. La personne fait l'expérience immédiate d'une voix qui semble réelle. Elle peut venir de l'extérieur de la tête ou de l'intérieur, être entendue par les oreilles ou localisée dans l'espace mental, parler à la deuxième personne (« *Tu ne vaux rien* »), ou à la troisième personne, (« *Il est dangereux* »). Elle peut être unique ou multiple, familière ou inconnue, masculine, féminine, enfantine, mécanique, divine, démoniaque, administrative, menaçante ou consolante. La forme varie, mais le point commun est la réalité subjective de l'expérience. Pour le patient, la voix est là. Lui répondre immédiatement que « *Ce n'est pas réel* » revient souvent à manquer la première condition du soin : reconnaître l'expérience vécue et la souffrance sans nécessairement valider toutes les interprétations qui lui sont associées.

• Quand l'expérience devient clinique

Entendre des voix n'est pas toujours synonyme de trouble psychotique. Certaines personnes peuvent vivre cette expérience après un deuil, lors d'un stress extrême, en contexte de privation de sommeil, d'isolement, de traumatisme, ou au cours d'expériences spirituelles. D'autres entendent des voix depuis longtemps sans demander de soins ni que cela désorganise leur existence.

Cette observation est importante pour les équipes soignantes, car elle déplace la question. Le problème clinique ne réside pas seulement dans la présence d'une voix, mais dans la détresse qu'elle provoque, la perte de contrôle ressentie, la signification qui lui est attribuée, les comportements qu'elle entraîne et la place qu'elle finit par occuper dans la vie de la personne.

Jérôme FAVROD^{*1},
Michaël SCHOËPF^{**2},
Alban ISAMILAJ^{***3},
Armando BRANA^{****4},
Alexandra NGUYEN^{*****5}

*Infirmier spécialiste clinique, ** Éducateur responsable, *** Infirmier, ****Éducateur HES, *****Infirmière et Docteur en sciences de l'éducation. 1- Société Suisse de Psychiatrie Sociale, Goumoens-la-Ville; 2- Établissement Médico-Psycho-Social Bru, Grandson, 3- Consultation des Oiseaux, SISP SA, Lausanne, 4- Centre Défi, Homato, Fondation les Buissonnets, Matran, 5- ARISE-Conseil, Le Grand Saconnex.

Réduire



le pouvoir des voix

• Insultante ou bienveillante

Lorsque deux personnes entendent une voix insultante, l'une peut la considérer comme une manifestation étrange mais sans autorité particulière, l'autre peut la vivre comme la preuve qu'une puissance invisible la surveille, connaît ses pensées et peut la punir.

Les voix dites bienveillantes méritent la même attention clinique (Favrod et al.,

• Les conduites de sécurité

Le pouvoir attribué aux voix entraîne des comportements de recherche de sécurité (Chaix et al., 2014) qui sont logiques à court terme. Si la voix menace de punir la personne lorsqu'elle sort, rester chez soi apaise momentanément l'angoisse. Si elle ordonne d'éviter les transports publics, ne pas prendre le bus donne l'impression d'avoir empêché une catastrophe.

à tout prix obéir à la voix, augmenter la capacité à différer l'action et développer des réponses alternatives.

• Liberté critique

Les entendeurs de voix qui n'ont pas besoin de soins semblent se distinguer en partie par leur manière de réagir à cette expérience (Favrod et al. 2001) (voir le texte de XXXX, p. XXX). Ils ne sont pas tou-

“ De nombreux patients répondent aux voix comme ils ont appris à répondre à l'autorité dans leur vie : se taire, obéir, supplier, se justifier, se défendre avec colère ou s'effondrer. L'intervention consiste à construire une autre position. »

2004). Elles peuvent soutenir, conseiller ou rassurer, et certaines personnes les vivent comme une ressource. Mais leur effet n'est pas toujours protecteur. Lorsqu'une voix devient la source principale de conseil, de protection ou de réassurance, elle peut aussi installer une dépendance. La personne consulte alors moins les autres, prend moins de décisions par elle-même, évite les situations où la voix pourrait se taire ou être contredite et réduit parfois ses relations ordinaires.

LES VOIX AU POUVOIR

La question du pouvoir des voix est centrale et ne naît pas dans le vide. Elle s'inscrit souvent dans une histoire sociale et relationnelle. Plus une personne se situe elle-même dans une position « basse », moins elle se sent légitime, moins elle a confiance en ses propres perceptions et en ses droits, plus la voix peut prendre une position dominante (Birchwood et al., 2000).

Une faible estime de soi, l'autostigmatisation, l'expérience répétée de la honte, de l'humiliation ou de l'exclusion peuvent renforcer ce déséquilibre. La voix critique trouve alors un terrain favorable. Elle parle comme un supérieur méprisant, un agresseur, un juge, un persécuteur, parfois comme une autorité morale ou religieuse. Le patient ne se contente pas d'entendre une phrase. Il la reçoit depuis une position de soumission. Le travail thérapeutique vise alors à modifier cette posture. Il ne s'agit pas seulement de discuter des voix mais d'aider la personne à se tenir autrement face à elles.

Si elle exige un rituel, obéir peut réduire la tension. Si elle insulte, crier contre elle peut donner un instant le sentiment de reprendre la main. Si elle devient trop envahissante, fuir, se coucher, mettre de la musique, boire, consommer du cannabis, appeler sans cesse un proche, demander une réassurance ou se cacher peuvent sembler nécessaires. Reste que ces conduites, en protégeant la personne sur le moment, empêchent souvent de découvrir que la voix n'avait pas le pouvoir annoncé. L'absence de catastrophe est attribuée à l'évitement, à l'obéissance ou au rituel, non au défaut de pouvoir réel de la voix. Ainsi, la recherche de sécurité maintient la croyance qu'elle prétend neutraliser.

Cette logique est particulièrement importante lorsque les voix donnent des ordres. Les hallucinations impératives doivent donc toujours être explorées avec précision : que demande la voix, à quelle fréquence, avec quelle menace en cas de désobéissance, avec quel degré de conviction ? La personne a-t-elle déjà obéi ? L'approche collaborative n'exclut pas l'évaluation du risque. Au contraire, elle la rend plus fiable, car le patient parle davantage lorsqu'il ne se sent pas immédiatement jugé ou sanctionné.

En cas de risque suicidaire, hétéro-agressif ou de conduite gravement dommageable, le travail psychologique doit s'articuler à un plan de crise, à l'implication de l'équipe, à des mesures de protection et parfois à une adaptation du traitement. Mais même dans ces situations, la cible psychologique reste claire : réduire la croyance qu'il faut

jours indifférents aux voix, mais remettent plus rapidement en question leur autorité. Ils peuvent leur attribuer une signification spirituelle, psychologique ou personnelle sans pour autant leur abandonner la direction de leur vie. Ils testent leur fiabilité, relativisent leur contenu, refusent certains ordres, négocient la place qu'elles occupent ou les considèrent comme une partie d'eux-mêmes. Les entendeurs n'ont donc pas besoin de multiplier les conduites de sécurité. Cette différence est décisive pour le soin : l'objectif n'est pas de convaincre brutalement le patient que les voix sont fausses, mais de l'aider à développer la même liberté critique. La question devient : « *Que se passe-t-il si vous ne leur obéissez pas ? Comment savez-vous qu'elles disent vrai ? Que se passe-t-il quand vous les croyez moins ? Qu'avez-vous déjà réussi à faire malgré elles ?* »

EXPLORER LE CONTENU DES VOIX

Une difficulté fréquente dans les soins tient à la tentation de traiter les voix uniquement comme un symptôme biologique. Cette lecture est parfois utile, notamment pour expliquer la place possible du traitement pharmacologique, diminuer la culpabilité ou rappeler que le cerveau peut produire des perceptions sans stimulus externe. Mais si elle devient exclusive, elle appauvrit la relation thérapeutique (Favrod et al., 2016). Dire à une personne que les voix ne sont qu'un symptôme de maladie alors qu'elles reprennent les mots d'un agresseur, d'un parent humiliant, d'un groupe menaçant ou d'une partie d'elle-

même qui la déteste peut être vécu comme une négation. Le patient ne demande pas seulement pourquoi son cerveau produit une voix. Il cherche aussi à comprendre pourquoi elle dit cela, maintenant, à lui. Si les soignants évitent le contenu des voix par crainte d'aggraver le délire, ils risquent d'apprendre au patient que ce qui le bouleverse n'a pas de place dans le soin. Cette réduction au symptôme peut avoir des conséquences concrètes. Certains patients cessent de parler de leurs voix parce qu'ils redoutent une augmentation du traitement, une hospitalisation ou une réaction de peur. D'autres se taisent pour éviter les effets secondaires des neuroleptiques, ou parce qu'ils ont appris que parler des voix revient à être immédiatement identifié comme schizophrène, dangereux, incurable ou incapable de discernement. Le silence qui en résulte n'est pas une amélioration mais peut être une adaptation à un environnement de soin perçu comme menaçant. Les voix continuent alors leur travail souterrain, mais elles ne sont plus partagées. L'alliance thérapeutique s'affaiblit précisément là où elle devrait être la plus solide.

• Une posture sécurisante

La première intervention est donc relationnelle. Avant toute technique, il faut construire un espace où la personne peut parler de ses voix sans être ridiculisée, contredite d'emblée ou réduite à son diagnostic. Cette posture n'exige pas de croire avec le patient que la voix est réellement un voisin, un esprit, une machine ou une organisation. Elle nécessite de reconnaître que, pour lui, l'expérience et les effets sont bien réels. Le soignant peut dire : « *Je ne sais pas encore d'où viennent ces voix, mais je vois qu'elles vous font peur et qu'elles prennent beaucoup de place. Nous pouvons essayer de comprendre ensemble comment elles fonctionnent et comment vous pourriez reprendre du pouvoir.* » Cette phrase ouvre une enquête commune et évite deux impasses : valider sans distance toutes les croyances associées aux voix, ou les invalider si vite que la personne n'a plus envie de parler.

• Évaluer les voix

Cette enquête commune repose sur l'évaluation fonctionnelle. Or, évaluer les voix ne signifie pas seulement demander si elles sont présentes ou absentes. Il s'agit de comprendre leur fonctionnement dans la vie quotidienne. Quand apparaissent-elles ?

Dans quels lieux ? À quels moments de la journée ? Après quelles émotions, quels conflits, quels souvenirs, quelles consommations, quelles périodes de solitude ou de fatigue ? Que disent-elles exactement ? Avec quel ton ? À qui ressemblent-elles ? Que veulent-elles obtenir ? Comment la personne leur répond-elle ? Que fait-elle ensuite ? Qu'est-ce qui diminue leur intensité ? Qu'est-ce qui l'augmente ? Quelles sont les conséquences immédiates et à plus long terme ? Cette analyse permet de passer d'une expérience apparemment incompréhensible à une carte de relations, de déclencheurs, de significations et de réponses possibles.

L'évaluation fonctionnelle modifie déjà le rapport aux voix. Lorsque le patient observe que les voix augmentent après une dispute, après trois nuits de mauvais sommeil, après une journée d'isolement ou lorsqu'il se sent humilié, elles cessent d'être totalement mystérieuses. Elles restent pénibles mais deviennent en partie prévisibles. Lorsqu'il repère qu'elles s'apaisent lorsqu'il parle à quelqu'un, lit à voix haute, se met en mouvement, dort mieux ou cesse de se disputer avec elles, il découvre qu'il n'est pas complètement passif. Cette observation est souvent plus convaincante qu'une explication théorique. La personne ne reçoit pas une vérité du thérapeute, elle découvre un fonctionnement à partir de son expérience. C'est l'un des principes les plus utiles des interventions cognitives et comportementales dans la psychose : avancer par collaboration et expérimentation plutôt que par persuasion.

• Normaliser sans banaliser

La normalisation est une autre étape importante. Elle ne consiste pas à banaliser la souffrance ni à dire que les hallucinations sont sans gravité. Il s'agit de montrer que le cerveau humain peut produire des expériences perceptives inhabituelles dans certaines conditions, et que le fait d'entendre une voix ne condamne pas à une identité de malade chronique. Parler du deuil, du stress extrême, de la privation de sommeil, de l'isolement sensoriel, des traumatismes ou des expériences d'entendeurs de voix sans besoin de soins peut réduire la honte. La personne peut alors passer de « *Je suis fou* » à « *Mon expérience est déroutante, mais elle appartient au champ des expériences humaines* ». Cette nuance, cliniquement précieuse, diminue la menace identitaire, facilite la parole et prépare le travail sur les croyances et les comportements. Les

techniques de dédramatisation doivent toutefois être utilisées avec tact. Si elles sont présentées comme une leçon, elles peuvent être vécues comme une minimisation. Dire : « *Beaucoup de gens entendent des voix* » à une personne terrorisée par des injonctions suicidaires ne suffit pas. La normalisation devient thérapeutique lorsqu'elle est reliée à l'histoire singulière : « *Vous n'êtes pas le seul à vivre ce type d'expérience, mais votre manière de l'entendre, ce que la voix dit de vous, et la place qu'elle a prise dans votre vie méritent que nous les examinions précisément.* » Ainsi, on normalise le phénomène sans effacer le vécu.

REPRENDRE LE CONTRÔLE

Une première famille d'interventions vise à redonner une expérience de contrôle. Les exercices dits on/off en sont un exemple. Ils consistent à repérer les conditions qui déclenchent les voix, puis à utiliser une activité incompatible avec leur maintien, souvent la lecture à voix haute, le tri de cartes à haute voix ou une verbalisation soutenue. Le patient peut être invité, dans un cadre sûr, à se remémorer une situation où les voix apparaissent habituellement, puis à signaler leur venue. Il lit alors à haute voix un texte, récite un passage, parle de façon continue, ou utilise une autre stratégie convenue. L'objectif n'est pas de prouver que les voix sont imaginaires mais de faire l'expérience qu'elles peuvent être modulées. Pour une personne convaincue d'être totalement sous leur emprise, constater qu'elle peut parfois les interrompre, les diminuer ou les retarder est une information thérapeutique majeure. Ces exercices doivent être préparés avec soin. Ils peuvent inquiéter les soignants eux-mêmes, comme s'il était dangereux de déclencher volontairement les voix. Pourtant, nous acceptons dans d'autres domaines de provoquer un phénomène redouté pour apprendre à le réguler : l'hyperventilation dans les attaques de panique, l'exposition graduée dans les phobies, l'évocation de souvenirs dans certains traitements du traumatisme. La psychose suscite encore une peur particulière chez les professionnels, qui limite l'accès aux interventions psychologiques. Or, lorsque le cadre est clair, que le patient consent à l'exercice, que le niveau de détresse est surveillé et que l'on dispose d'une stratégie d'arrêt, travailler directement avec les voix est probablement moins dangereux que de les laisser dans l'ombre.

• Observer les voix autrement

Les exercices de focalisation sur les voix poursuivent un but complémentaire (Haddock et al., 1998). Beaucoup de patients oscillent entre deux positions : être envahis par les voix ou tenter de les éviter à tout prix. Dans les deux cas, la voix commande l'attention. La focalisation consiste à observer la voix de manière plus précise et volontaire : son volume, sa localisation, son timbre, son rythme, les mots exacts, les variations selon les contextes, les émotions qui l'accompagnent.

Cette observation transforme une intrusion en objet d'étude. Elle peut révéler que la voix n'est pas aussi constante qu'elle le prétend, qu'elle change selon l'état émotionnel, qu'elle répète des thèmes limités, qu'elle utilise toujours les mêmes menaces, qu'elle se trompe, qu'elle s'affaiblit quand la personne cesse de la combattre ou quand elle lui répond autrement. Là encore, le but est de produire de la liberté.

• Examiner les voix

Le questionnement des voix est une autre technique essentielle. Il ne s'agit pas de mener un débat frontal du type « Vos voix n'existent pas ». Cette stratégie met souvent le patient en position de défendre l'autorité des voix. Le questionnement vise plutôt à examiner leurs affirmations comme on le ferait avec celles d'un interlocuteur autoritaire mais faillible. Quand la voix dit « Tu vas être puni », que prédit-elle exactement ? Quand ? Par qui ? Comment vérifier ? A-t-elle déjà annoncé des événements qui ne se sont pas produits ? Dit-elle la même chose quand vous êtes reposé et quand vous êtes épuisé ? Sait-elle vraiment tout, ou parle-t-elle surtout de ce que vous craignez déjà ? Est-ce une voix qui protège, ou une voix qui augmente votre isolement ? Que vous coûte le fait de lui obéir ? Qu'avez-vous gagné les fois où vous ne l'avez pas suivie ? Ce travail introduit du jeu dans une relation figée.

• Tester leur pouvoir

Les tests dans la réalité prolongent ce questionnement. Une croyance sur les voix ne change pas durablement parce qu'un soignant la contredit mais lorsque la personne vit une expérience suffisamment sûre et claire pour découvrir autre chose. Si la voix affirme qu'un malheur surviendra si le patient ne ferme pas plusieurs fois la porte, on peut construire un test graduel autour de ce rituel. Si elle menace de

punir la personne lorsqu'elle sort de chez elle, on peut préparer une sortie brève, accompagnée, puis analyser ce qui s'est réellement passé. Si elle ordonne de ne pas parler à un proche, on peut tester un contact limité. Le test doit être négocié, proportionné, éthique et utile. Il ne doit pas humilier la personne ni la placer en échec. Il doit répondre à une question précise : la voix a-t-elle le pouvoir qu'elle revendique ?

S'AFFIRMER FACE AUX VOIX

— **L'affirmation de soi face aux voix** constitue une étape particulièrement importante lorsque celles-ci sont critiques, insultantes ou menaçantes. De nombreux patients répondent aux voix comme ils ont appris à répondre à l'autorité dans leur vie : se taire, obéir, supplier, se justifier, se défendre avec colère ou s'effondrer. L'intervention consiste alors à construire une autre position. La personne apprend à dire intérieurement ou à voix basse : « *Je vous entends, mais je ne vais pas vous obéir* » ; « *Vous pouvez parler, mais je continue mon activité* » ; « *Vous me menacez souvent et vos menaces ne se réalisent pas* » ; « *Je ne suis pas obligé de vous croire* » ; « *Vous n'êtes que du blablabla*. » Ces formulations peuvent sembler simples, mais elles modifient la relation. La voix n'est plus le maître absolu. Elle devient un interlocuteur intrusif auquel on peut poser des limites.

— **Les jeux de rôle peuvent aider.** Le patient joue la voix et le thérapeute montre une réponse plus assurée, plus calme, moins soumise. Ces exercices ont souvent un effet émotionnel fort. La personne découvre qu'elle peut répondre sans crier, se justifier ou obéir. Elle peut même rire de la répétition stéréotypée des voix. L'humour n'est pas une moquerie du patient. Il peut devenir une façon de réduire la solennité persécutrice de la voix. Une voix qui prétend dominer l'existence entière et qui se révèle répétitive, pauvre, prévisible, parfois absurde, perd une partie de son prestige.

— **La thérapie par avatar** a donné une forme particulièrement visible à ce principe (Craig et al., 2018). Le patient crée une représentation numérique de la voix qui le persécute. Le thérapeute prête sa voix à l'avatar, modifiée pour ressembler à celle que le patient entend, et anime progressivement un dialogue. Au début, l'avatar peut reprendre le ton hostile habituel. Le patient, soutenu par le thérapeute, apprend à lui

répondre, à lui tenir tête, à contester son pouvoir. Au fil des séances, l'avatar devient moins menaçant, plus conciliant, parfois soutenant. La force de cette approche tient à ce qu'elle rend tangible une relation jusque-là invisible. Elle permet au patient de s'exercer, dans un cadre sécurisé, à occuper une position nouvelle.

CHANGER LA RELATION AUX VOIX

Ces interventions ne doivent pas être comprises comme des techniques isolées. Elles s'inscrivent dans un changement plus profond du rapport aux voix. Il arrive en effet que les voix soient comme des fragments durcis de l'histoire personnelle. Elles reprennent des phrases entendues autrefois, des humiliations, des peurs familiales, des menaces sociales, des jugements moraux, des messages de honte. Elles peuvent aussi représenter une partie critique de soi devenue étrangère, comme si la personne ne pouvait plus reconnaître comme sienne une agressivité tournée contre elle-même. Dans ces situations, réduire le pouvoir des voix revient aussi à transformer le rapport à soi. Le patient n'apprend pas seulement à dire non à une hallucination. Il apprend parfois à ne plus se parler à lui-même depuis la haine, l'indignité ou la soumission.

Cette dimension impose de la délicatesse. Il serait réducteur de dire à la personne : « Vos voix, c'est vous. » Une telle phrase peut être vécue comme violente, surtout lorsqu'elles ordonnent des actes dangereux ou tiennent des propos insupportables. Il est plus utile d'avancer par hypothèse : « *Peut-être que ces voix utilisent des thèmes qui ont compté dans votre histoire* », « *Peut-être qu'elles parlent avec le langage de la honte* », « *Peut-être qu'une partie de vous a appris à vous attaquer avant que d'autres ne le fassent*. » « *Peut-être pouvons-nous comprendre ce qu'elles cherchent à obtenir sans accepter leur manière de le faire*. » Cette approche maintient une distinction entre la personne et la voix, tout en ouvrant un chemin d'intégration possible.

La relation thérapeutique est le fil conducteur de tout ce travail. Les techniques les plus pertinentes deviennent inutiles si elles sont appliquées dans une relation de domination que le patient connaît déjà avec ses voix. Il n'a pas besoin d'un soignant qui remplace l'autorité des voix par celle du savoir psychiatrique. Il a besoin d'un partenaire d'enquête. Cela ne signifie pas que la relation soit symétrique sur tous les

plans. Le soignant garde une responsabilité clinique, notamment en matière de risque, de cadre, de traitement et de coordination, mais il adopte une position collaborative. Il ne dit pas : « *Je vais vous expliquer ce que*

à entendre quelque chose des voix dans la vie quotidienne. Un entretien infirmier, une visite à domicile, un accompagnement dans la rue, un temps informel dans une unité ou un foyer peuvent devenir des

que par le symptôme. L'accompagnant n'intervient pas comme celui qui interprète ou qui corrige, mais comme celui qui crée les conditions d'une parole possible, dans une relation sûre et horizontale.

“ **Le problème clinique ne réside pas seulement dans la présence d'une voix mais dans la détresse qu'elle provoque, la perte de contrôle ressentie, la signification qui lui est attribuée, les comportements qu'elle entraîne et la place qu'elle occupe dans la vie de la personne.** »

sont vos voix. » Il propose : « *Nous allons examiner ensemble ce qui les augmente, ce qui les diminue, ce qu'elles vous font faire, ce qu'elles vous empêchent de vivre, et comment vous pourriez reprendre de la marge de manœuvre.* »

Le travail pharmacologique garde sa place. Les antipsychotiques peuvent diminuer la fréquence, l'intensité ou la saillance des hallucinations. Ils peuvent rendre possible un travail psychologique qui serait trop difficile lorsque les voix sont massives et continues. Mais ils ne répondent pas à toutes les questions. Un soin complet ne devrait pas opposer médicament et psychothérapie, mais éviter que le médicament devienne la seule réponse à une expérience qui engage aussi le sens, l'identité et la relation. L'évaluation du changement doit donc être cohérente avec les objectifs de l'intervention. Une amélioration ne se mesure pas uniquement à la disparition des voix ou à la baisse de leur fréquence. Une personne peut aller mieux parce qu'elle leur obéit moins, qu'elle évite moins de situations, qu'elle reprend les transports, qu'elle retourne à un groupe, qu'elle dort mieux, qu'elle parle plus librement de ce qu'elle entend, qu'elle se sent moins coupable ou dominée. Les indicateurs utiles sont souvent fonctionnels et relationnels : moins de détresse, de soumission ou de conduites de sécurité, plus de choix, d'activités, de liens et d'estime de soi. Cette manière d'évaluer le changement protège d'un malentendu fréquent : croire qu'une intervention a échoué parce que les voix persistent, alors que leur pouvoir sur la vie de la personne a déjà diminué.

QUEL RÔLE DES SOIGNANTS ?

Les équipes soignantes ont un rôle majeur parce qu'elles sont souvent les premières

moments d'évaluation et de soutien. Le patient peut dire : « *Elles m'ont empêché de venir au groupe* », « *Elles disent que vous me mentez* », « *Elles me traitent de lâche*. » Ces phrases ne sont pas des détails. Elles indiquent la manière dont les voix interfèrent avec le soin, la confiance, les activités et le rétablissement. Répondre seulement « *Prenez votre traitement* » ferme souvent la discussion. Répondre « *Qu'est-ce qu'elles ont dit exactement, et qu'avez-vous fait ensuite ?* » ouvre à l'échange.

Les proches peuvent être associés à cette logique lorsque le patient l'accepte. Ils n'ont pas à confirmer l'interprétation délirante des voix, mais ils n'ont pas non plus à entrer dans une dispute répétée sur leur réalité. Ils peuvent apprendre à répondre au vécu plutôt qu'à la croyance : « *Je vois que cette voix te fait peur* », « *Qu'est-ce qu'elle te pousse à faire ?* », « *De quoi aurais-tu besoin pour ne pas lui obéir maintenant ?* ». L'équipe soignante peut donc aider les proches à ne pas renforcer involontairement les conduites de sécurité, par exemple en participant à tous les rituels d'évitement ou en rassurant sans fin. Le but est de soutenir la personne dans ses propres tests de réalité et dans ses choix, sans devenir l'auxiliaire des voix ni leur adversaire direct.

• Au quotidien

Dans un lieu de vie, le travail d'accompagnement avec les voix ne se limite pas aux entretiens formalisés. Il se joue aussi dans d'autres espaces complémentaires : un café partagé, une marche, une activité cuisine, un repas, un trajet, un temps d'attente ou une activité porteuse de sens. Ces moments ordinaires sont de véritables supports éducatifs lorsqu'ils permettent à la personne d'être rencontrée autrement

L'activité partagée, notamment lorsqu'elle s'appuie sur un intérêt appuyé de la personne, permet de se tenir à côté plutôt qu'en face, de se décaler de l'entretien classique et d'ouvrir un espace tiers où la parole peut advenir autrement. On ne parle pas frontalement des voix, mais autour d'elles, à partir de ce qu'elles apportent, empêchent, de ce qu'elles imposent ou de ce qu'elles font éviter. Cette posture rejoint la conception de l'accompagnement développée par M. Paul (2020), entendue comme un cheminement avec la personne plutôt qu'une intervention descendante. Elle rejoint également l'approche du pouvoir d'agir de Y. le Bossé (2024) qui nous invite à soutenir la capacité concrète des personnes à exercer un plus grand contrôle de ce qui est important pour elles.

Dans le contexte des voix, cette perspective permet de déplacer l'enjeu : il ne s'agit pas seulement de réduire un symptôme, mais d'aider la personne à franchir les obstacles qui limitent sa possibilité d'agir, de choisir, de participer ou de reprendre une place dans son quotidien. L'accompagnement soutient alors les micro-choix, les micro-expériences, et les micro-déplacements par lesquels la personne reprend progressivement une place d'acteur. Venir quelques minutes à un repas malgré les voix, accepter une marche accompagnée, nommer ce que la voix exige, choisir une activité malgré la peur : ces gestes peuvent paraître infimes, mais ils constituent parfois les premiers signes d'un pouvoir d'agir retrouvé. L'enjeu n'est pas que l'accompagnant devienne thérapeute, mais qu'il contribue, par le lien, l'activité et la présence, à créer les conditions où la personne peut expérimenter qu'elle n'est pas tenue d'obéir aux voix et qu'une autre réponse est possible.

• Les groupes d'entendeurs de voix

Les groupes d'entendeurs de voix (voir l'article de Magali Molinié, p. XXX) et les formes de soutien par les pairs occupent une place particulière dans ce paysage (Branitsky et al., 2025). Ils permettent aux personnes de parler de leurs expériences sans que la première réponse soit diagnostique. Elles y rencontrent d'autres personnes qui ont trouvé des manières de vivre avec les voix, de leur poser des limites, de leur donner sens ou de réduire leur pouvoir. Ces rencontres peuvent diminuer l'isolement et la honte et aussi introduire une diversité d'explications. Là où la voix prétend être unique, absolue et toute-puissante, le groupe montre que d'autres vivent des phénomènes proches et développent des réponses différentes. Cette pluralité affaiblit le monopole de la voix sur l'interprétation de l'expérience.

• Outils numériques

Les développements récents vont aussi vers des dispositifs en ligne. Les groupes de soutien à distance, les programmes web d'auto-aide, les applications de suivi, les outils d'évaluation écologique et les interventions numériques ouvrent des perspectives intéressantes (Thomas, 2019). Les voix apparaissent souvent dans la vie quotidienne, loin du cabinet de consultation. Un smartphone peut ainsi aider à repérer les moments où elles surviennent, les émotions associées, les stratégies utilisées, les contextes protecteurs ou aggravants. Il peut aussi soutenir l'application de techniques apprises en séance : lire un message de rappel, noter une prédiction de la voix, préparer une réponse d'affirmation, contacter un pair, écouter un

enregistrement thérapeutique. Ces outils ne remplacent pas la relation clinique, mais ils peuvent prolonger le soin dans les moments où la voix est réellement présente.

CONCLUSION

Au fond, l'intervention psychologique auprès des personnes qui entendent des voix repose sur une idée simple : la souffrance augmente lorsque les voix deviennent des autorités incontestables et elle diminue lorsque la personne retrouve la possibilité de les observer, les questionner, leur répondre, leur désobéir, les limiter ou leur donner un sens moins menaçant. Le soin ne consiste donc pas seulement à combattre un symptôme mais à rouvrir un espace entre la voix et l'action, entre la menace et la croyance, entre la honte et l'identité. Dans cet espace, le patient peut redevenir sujet de son expérience. Les voix peuvent encore parler, mais elles ne décident plus seules de la vie de la personne.

BIBLIOGRAPHIE

- Birchwood M., Meaden A., Trower P., Gilbert P., Plaistow J., *The power and omnipotence of voices : subordination and entrapment by voices and significant others*, *Psychol Med.* 2000 Mar;30(2):337-44.
- Branitsky A., Bowe S., Morrison A.P., Longden E., Bucci S., Mulligan L.D., et al., *Online Hearing Voices Peer Support Groups : Assessing Feasibility and Accep-*

tability Within UK National Health Service Settings, *Schizophr Bull Open*, 2025 Jan;6(1):sgaf002.

- Chaix J., Ma E., Nguyen A., Ortiz Collado M.A., Rexhaj S., Favrod J., *Safety-seeking behaviours and verbal auditory hallucinations in schizophrenia*, *Psychiatry Res.* 2014 Dec 15;220(1-2):158-62.
- Craig T.K.J., Rus-Calafell M., Ward T., Leff J.P., Huckvale M., Howarth E., et al. *AVATAR therapy for auditory verbal hallucinations in people with psychosis : a single-blind, randomised controlled trial*, *The Lancet Psychiatry.* 2018;5(1):31-40.
- Favrod J., Krummenacher T., De Cocatrix B., Gigon C., *Comment venir en aide aux personnes qui entendent des voix. Faire face aux hallucinations auditives*. *Krankenpflege.* 2001 Jun;94(6):58-63.
- Favrod J., Grasset F., Spreng S., Grossenbacher B., Hode Y. *Benevolent voices are not so kind : the functional significance of auditory hallucinations*, *Psychopathology*, 2004 Nov-Dec;37(6):304-8.
- Favrod J., Nguyen A., Rexhaj S., *Des hallucination acoustico-verbales*, In : Jardri R., Favrod J., Laroi F., editors., *Psychothérapies des hallucinations auditives*, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS; 2016. p. 109-35.
- Haddock G., Slade P.D., Bentall R.P., Reid D., Faragher E.B., *A comparison of the long-term effectiveness of distraction and focusing in the treatment of auditory hallucinations*, *The British journal of medical psychology.* 1998 Sep;71 (Pt 3):339-49.
- Le Bossé Y., *Sortir de l'impuissance : invitation à soutenir le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités*, Tome 3 : Aspects empiriques, Québec : Ardis; 2024.
- Paul M.-C. *La démarche d'accompagnement : Repères méthodologiques et ressources théoriques*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur; 2020.
- Thomas N., Bless J.J., Alderson-Day B., Bell I.H., Cella M., Craig T., et al., *Potential Applications of Digital Technology in Assessment, Treatment, and Self-help for Hallucinations*. *Schizophr Bull.* 2019 Feb 1;45(Suppl 1):S32-S42.

Résumé : Les hallucinations verbales sont une expérience subjective qui touche souvent à l'histoire, aux peurs et à l'identité de la personne. Elles deviennent cliniquement problématiques lorsque les voix sont vécues comme incontrôlables, omniscientes et puissantes. Cette emprise favorise des conduites de sécurité comme l'évitement, l'obéissance, la fuite, la confrontation ou la recherche de réassurance. L'intervention psychologique repose d'abord sur une relation thérapeutique sûre, collaborative et non stigmatisante pour réduire cette emprise.

Mots-clés : Affirmation de soi – Attitude du professionnel – Évitement – Hallucination auditive – Observation – Processus psychothérapeutique – Psychose – Relation thérapeutique – Thérapie comportementale et cognitive – Voix.