



**HAL**  
open science

## **Entendre des voix sans être schizophrène : impact diagnostique de l'évolution des critères du DSM-IV-R au DSM-5, à partir de deux cas**

Arthur Braun, Renaud Evrard, Flore Génot

### **► To cite this version:**

Arthur Braun, Renaud Evrard, Flore Génot. Entendre des voix sans être schizophrène : impact diagnostique de l'évolution des critères du DSM-IV-R au DSM-5, à partir de deux cas. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2020, 178 (5), pp.500-509. <10.1016/j.amp.2019.04.019>. <hal-02314648>

**HAL Id: hal-02314648**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-02314648v1>**

Submitted on 20 May 2022

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

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



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

## *Mémoire*

**Entendre des voix sans être schizophrène : impact diagnostique de l'évolution des critères du DSM-IV-R au DSM-5, à partir de deux cas.**

**Hear voices without being schizophrenic: Diagnosis impact of the evolution of DSM-IV-R criteria at DSM-5, from two cases.**

**Arthur Braun <sup>a</sup>, Renaud Evrard <sup>b</sup>, Flore Génot <sup>c</sup>**

a) Psychologue clinicien, et doctorant à l'Université de Lorraine, 11, rue de Belfort, 54000 Nancy, France

b) Psychologue clinicien (diplômé à l'Université de Strasbourg), docteur en psychologie clinique (diplômé de l'Université de Rouen), maître de conférences HDR en psychologie, à l'Université de Lorraine, et membre co-fondateur de CIRCEE (Centre d'Information, de Recherche et de Consultation sur les Expériences Exceptionnelles). Laboratoire INTERPSY, Université de Lorraine, Campus Lettres et Sciences Humaines et Sociales  
23, Boulevard Albert 1er, 54015 Nancy cedex, France

c) étudiante en Master 2 de Psychologie, Université de Lorraine 48, rue de la Commanderie, 54 000 Nancy, France

Auteur correspondant : Arthur Braun, 11, rue de Belfort, 54000 Nancy, France

téléphone : 06 79 01 84 08

Email : arthur.braun93@gmail.com

*Remerciements* : Dans un premier temps nous souhaitons remercier tout particulièrement les deux entendeuses de voix que nous avons rencontrées et sans qui cette recherche n'aurait pas été réalisable.

Nous tenons à remercier également Magali Molinié, Pascal Le Maléfan et Nicolas Brémaud qui nous ont apporté conseils et aide dans la réalisation de cet article.

**Texte reçu le 21 décembre 2018 ; accepté le 5 avril 2019**

## **Résumé**

Les critères d'identification de la schizophrénie ont connu une évolution entre le DSM-IV-TR et le DSM-5. Dans cette recherche préliminaire, nous illustrons ce basculement avec l'étude de deux femmes issues de la population non clinique qui affirment entendre des voix depuis

plusieurs années et qui en font même une ressource pour leurs activités de médium. Dans une approche de recherche clinique cherchant à réduire la stigmatisation de « l'entente de voix » et à mieux saisir sa phénoménologie en contexte, nous avons utilisé l'entretien semi-structuré de Maastricht développé par Romme et Escher. Les données collectées au cours d'une série d'entretiens ont également permis de compléter l'échelle d'évaluation dimensionnelle de la sévérité des symptômes psychotiques du DSM-5. Pour les deux sujets, les données indiquent un diagnostic de schizophrénie paranoïde selon les critères A du DSM-IV-TR, alors qu'aucun diagnostic n'a pu être identifié selon les critères du DSM-5. Ces éléments semblent indiquer une réelle évolution pour le diagnostic de la schizophrénie en fonction de la nosographie utilisée et laissent présager une évolution de la perception de cette pathologie par les cliniciens et les usagers.

*Mots clés* : Cas clinique ; Diagnostic ; DSM ; Femme ; Hallucination auditive ; Schizophrénie

### **Abstract**

*Problematic.* – Schizophrenia criteria have evolved between DSM-IV-TR and DSM-5, in particular with the removal of the different subtypes of the pathology and the instruction "Only one Criterion A symptom is required if delusions are bizarre or hallucinations consist of a voice keeping up a running commentary on the person's behavior or thoughts, or two or more voices conversing with each other". These changes could have a specific impact for the diagnosis of people reporting acoustico-verbal hallucinations.

*Materials.* – In this preliminary research, we illustrate this shift with the study of two women from the non-clinical population who claim to hear voices since several years and who even make it a resource for their mediumship activities. Methods: In a clinical research approach seeking to reduce the stigmatization of "voice hearing" and to better understand its phenomenology in context, we used Maastricht semi-structured interview developed by Romme and Escher. The data collected during a series of interviews also allow to complete the DSM-5's dimensional assessment of the severity of psychotic symptoms.

*Results.* – For both subjects, the data indicate a diagnosis of paranoid schizophrenia according to DSM-IV-TR criteria A, whereas no diagnosis could be identified according to DSM-5 criteria. The difference in diagnosis between the last two versions of the DSM focuses on criterion A relating to hallucinations, and in particular acoustico-verbal hallucinations, which have long been considered as almost pathognomonic symptoms of schizophrenia. In the new nosography, the presence of another criterion A is required in order to make the same

observation. The integration of these acoustic-verbal hallucinations into finer differential clinical practice could be the common result of a pressure of new mentalities on a classification particularly permeable to this type of influence, and of recent research in favour of a fully dimensional approach to psychotic experiences. These diagnosis hesitations are also discussed with reference to the French Classification of Mental Disorders R-2015, which points to the possibility of an organic disorder in front of the same clinical elements while giving less importance to positive symptoms.

*Conclusion.* – These elements seem to indicate a real evolution in the diagnosis of schizophrenia according to the nosography used and suggest a change in the perception of this pathology by clinicians and users.

*Key-words:* DSM; Diagnosis; Schizophrenia; Acoustic-verbal Hallucinations; Voice hearers.

## **1. Introduction**

Les grandes classifications internationales telles que la *Classification internationale des maladies* (11<sup>e</sup> version en préparation) ou le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5<sup>e</sup> version parue en 2013) jouent toujours un rôle d'indicateur des tendances nosographiques, quand bien même elles font l'objet de critiques de la part des cliniciens et des chercheurs (par exemple, [33]). Aussi est-il intéressant d'analyser les modifications effectuées d'une version à l'autre, suite à un long processus de consensus d'experts internationaux, qui reflètent autant les avancées des recherches que certaines évolutions culturelles [25]. La reprise d'un débat nosographique classique sur la psychopathologie des « voix » est l'occasion d'interroger la pertinence de ces changements et leur véritable impact sur les représentations de la folie et les pratiques cliniques. Constate-t-on un réel progrès depuis les écrits du XIX<sup>e</sup> siècle cherchant à situer les voix de Jeanne d'Arc, le *daimon* de Socrate ou les contacts des médiums spirites quelque part entre la déraison et les hallucinations compatibles avec la raison [11,28]? Dans une étude analogue, la phénoménologie des voix a été interrogée selon qu'elles sont perçues par des patients diagnostiqués schizophrènes ou des individus médiums ne montrant pas de troubles mentaux graves [39].

À partir des années 1980, on observe l'émergence de mouvements de réappropriation de maladies ou de symptômes, dont le fer de lance dans le champ psychiatrique est le

mouvement des entendeurs de voix [17,18]. Dans une alliance entre usagers, familles, chercheurs et professionnels de la santé, on assiste à une recodification d'un trouble fortement stigmatisé qui devient — ou redevient — une expérience humaine respectable. Les classiques hallucinations acoustico-verbales y sont présentées comme des voix porteuses d'une histoire propre, d'une réalité intrinsèque et de fonctions complexes, à la fois négatives et positives. Se revendiquer comme « entendeur de voix » et se réunir dans des groupes dédiés devient une nouvelle identification possible, tant pour des individus porteurs de ces symptômes que pour des cliniciens souhaitant s'extraire de perspectives stigmatisantes qui contrarient la rencontre humaine [36].

Ces mouvements de réappropriation se nourrissent de l'entrée dans le paysage psychiatrique d'un acteur qui n'avait pas encore voix au chapitre : *le patient*. Celui-ci revendique un autre savoir sur la maladie issue d'une expérience quotidienne, à la première personne, des problèmes qu'elle pose et des solutions les plus avantageuses. Depuis 1935, et la naissance aux États-Unis des Alcooliques anonymes, « les patients s'organisent en collectifs pour faire reconnaître la légitimité de ce savoir et avoir leur mot à dire dans la gestion de leur mal, en se posant en interlocuteurs à part entière des médecins, de l'industrie pharmaceutique et des politiques » ([8], p. 324). Le psychanalyste et anthropologue Olivier Douville se montre préoccupé par ces « groupes-symptômes qui se rassemblent par des modalités homogénéisantes de jouir ou de mal aller », des sortes de communautarismes répondant « aux effets dissolvants des globalisations », qui viennent perturber l'exercice de la psychiatrie en tant que pratique et en tant qu'épistémè, et qu'il refuse d'assimiler aux « groupes ancrés dans la culture et la tradition qui nous informent du trésor ancestral de leurs nosologies et de leurs stratégies de soins » [16]. Cette tension entre expertise des scientifiques et expertise des patients et de leur entourage vient transformer le champ clinique. Il est donc intéressant d'observer que la modification des critères diagnostiques de la schizophrénie relatifs aux « voix » dans le DSM-5 donne satisfaction à un ensemble de critiques issues, mais pas uniquement, du mouvement des entendeurs de voix qui pointait les effets stigmatisants et délétères de cette étiquette diagnostique. Aujourd'hui encore, malgré l'actualisation des catégorisations scientifiques qui viennent médicaliser la souffrance psychique, la représentation sociale associe toujours schizophrénie et folie et renforce les troubles identitaires de l'individu affublé d'un tel diagnostic [13].

Depuis le DSM-III, l'hallucination acoustico-verbale s'est vue accorder une place privilégiée comme signe d'une schizophrénie, alors que les connaissances à ce sujet sont toujours lacunaires [3]. Ce paradoxe est censé être résolu par les itérations successives de ce

manuel qui viendrait, par « petites touches », perfectionner la sensibilité et la spécificité des diagnostics. Mais il ne faut pas se méprendre sur le fait que tous les changements introduits ne sont pas bénins : quelques lignes de texte suffisent à créer de nouvelles maladies, de nouveaux patients, ou à modifier la prise en charge de nombreux autres. Selon le psychiatre Yann Auxéméry ([4], p. 85) : « Les diagnostics DSM naissent, changent, sont renommés ou abolis » car il n'y a aucune garantie qu'ils appartiennent vraiment au monde de la nature, à des maladies pérennes ayant des bases biologiques établies. Aussi est-il important de repérer les nombreux facteurs qui président à la naissance, au développement, à la mort, voire à la réincarnation des entités diagnostiques, selon une approche constructiviste des maladies mentales qui tient compte des aspects culturels [8,16]. En somme, nous introduisons dans cet article une interrogation précise : que deviennent les entendeurs de voix lorsque leurs symptômes sont analysés selon la grille de lecture du DSM-IV-TR ou selon celle plus récente du DSM-5 ? Une évaluation critique des évolutions du DSM passe, selon l'approche que nous proposons, par l'emploi des outils préconisés par les concepteurs de cet outil. Nous nous appuyons sur deux cas issus d'une recherche clinique exploratoire s'appuyant sur un entretien semi-structuré portant sur la phénoménologie des voix, et nous questionnerons également, au cours de la discussion de ces cas, quelques possibles répercussions cliniques et sociales de ce changement de perspective. La comparaison de ces différentes grilles de lecture (DSM et phénoménologie clinique) pour des cas concrets nous permettra de faire ressortir certains carrefours théorico-cliniques du diagnostic associé aux voix. Mais aussi avec la grille de lecture de la Classification Française des Troubles Mentaux Révisée en 2015 (CFTM R-2015) [22] qui nous permettra de questionner les contrastes culturels dans le champ clinique.

## **2. Évolution d'une classification**

L'évolution du DSM-IV-TR vers le DSM-5 est caractérisée par la progression de l'approche dimensionnelle sur l'approche catégorielle [40]. Les entités diagnostiques sont intégrées dans des spectres avec des continuums de symptômes plus ou moins sévères, dont certains sont déjà présents sous des formes bénignes dans une grande partie de la population générale. Cette dimensionnalité croissante, où se lit l'influence des travaux de Kernberg [27], se rapproche de la nosographie psychanalytique structurale, et plus généralement d'une psychologie pathologique liant le normal et le pathologique.

Concernant plus précisément la schizophrénie, ses différents sous-types dans le DSM-IV-TR, à savoir « Paranoïde », « Désorganisée », « Indifférenciée », et « Résiduelle », ont été abandonnés après avoir fait l'objet d'un certain nombre de critiques, notamment pour cause d'une mauvaise explicitation de ces sous-catégorisations pouvant amener à une mauvaise reproductibilité du diagnostic [46]. Seul le sous-type « Catatonique » a été en partie conservé comme une spécificité que l'on peut ajouter au diagnostic. Ce trouble qui est maintenant disjoint de la schizophrénie peut se retrouver dans plusieurs pathologies telles que les troubles du spectre schizophrénique, bipolaire ou dépressif ou dans un diagnostic associé en cas de trouble organique [44]. Ce démantèlement de la schizophrénie favorise une approche quasi dimensionnelle du spectre schizophrénique.

Un autre changement important concerne le critère A des « symptômes caractéristiques » servant à l'identification du diagnostic de schizophrénie. Dans la version du DSM-IV-TR, il était spécifié pour tous les critères A que deux (ou plus) des manifestations symptomatiques « pendant une partie significative du temps, » soit « une période d'un mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement) » pouvaient amener au diagnostic de schizophrénie [1]. Parmi les combinaisons possibles, un individu pouvait recevoir le diagnostic de schizophrénie s'il présentait « des symptômes circonscrits à un délire estimé "bizarre" ou à un commentaire hallucinatoire de ses actes », ou encore « une incohérence de ses propos sans idées délirantes ni hallucinations » voire même « un apragmatisme qu'il ne parvient pas à s'expliquer, etc. » ([9], p. 32). Ces différents tableaux cliniques pouvaient être qualifiés du même diagnostic malgré leur évidente hétérogénéité.

Dans la nouvelle version, parmi les cinq catégories de symptôme dans le critère A, le « comportement grossièrement désorganisé ou catatonique » avec la présence de « symptômes négatifs » seuls n'est plus suffisant pour faire le diagnostic de schizophrénie. Il est nécessaire que l'un des deux symptômes observés soit des idées délirantes, des hallucinations ou une désorganisation du discours. Cela vient bouleverser la consigne de cotation antérieure qui indiquait qu'« un seul symptôme du critère A est requis si les idées délirantes sont bizarres ou si les hallucinations consistent en une voix commentant en permanence le comportement ou les pensées du sujet, ou bien si, dans les hallucinations, plusieurs voix conversent entre elles » ([1], p. 360). L'allègement de cette consigne engendre moins d'automatismes dans le repérage de la « bizarrerie » des idées et dans la manifestation de « voix » en tant que signes caractéristiques de la schizophrénie, ce sur quoi nous reviendrons en détail.

De plus, en s'appuyant sur une approche quasi dimensionnelle, le DSM-5 ne considère plus le caractère pathologique d'un trouble en fonction de la présence ou l'absence d'un

symptôme mais va maintenant intégrer le concept de « gravité » de l'expression de ce symptôme, qui pourra prendre une forme bénigne ou à l'opposé une forme sévère. Ainsi, un symptôme comme l'« hallucination » pourra être noté sur une échelle de 0 à 4 comme « pas présent » (= 0), « douteux », « présent, mais léger », « présent et moyen », « présent et grave » (= 4) [2], la présence d'HAV légères sans gêne ou pression associée sont considérées comme suffisantes pour remplir le critère A correspondant [25]. De la même façon, nous pouvons retrouver ce système pour les autres critères diagnostiques avec « l'évaluation dimensionnelle de la sévérité des symptômes psychotiques par le clinicien » [2]. L'arbre diagnostique différentiel des troubles psychotiques du DSM-IV-TR [1] a été abandonné pour cette approche plus dimensionnelle, même si cette classification conserve un aspect catégoriel dont elle ne peut se défaire. En effet « le DSM-5 n'a pas encore opté clairement pour une approche pleinement dimensionnelle accueillant cette catégorie de "psychose bénigne" ou "saine", ce qui est compréhensible pour un traité nosographique fondé sur des postulats objectivistes » ([40], p. 188).

Selon les concepteurs du DSM-5 [2], l'ensemble de ces modifications (cf. Tableau 1) devraient remédier aux difficultés reconnues de fiabilité et de validité du diagnostic. Cette nouvelle approche dimensionnelle est proposée dans la section trois, autrement dit la partie nécessitant davantage de vérifications empiriques ; pourtant c'est cette échelle qu'il est recommandé d'utiliser [25].

Tableau 1. Évolution des critères A de la schizophrénie entre le DSM-IV-TR et le DSM-5.

Critères diagnostiques de la schizophrénie selon le DSM-IV-TR	Critères diagnostiques de la schizophrénie selon le DSM-5
A. Symptômes caractéristiques : Deux (ou plus) des manifestations suivantes sont présentes, chacune pendant une partie significative du temps pendant une période d'un mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement) :	A. Symptômes caractéristiques : Deux (ou plus) des symptômes suivants sont présents pendant une partie significative du temps sur une période d'un mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement).
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Idées délirantes</li> <li>2. Hallucinations</li> <li>3. Discours désorganisé</li> <li>4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique</li> <li>5. Symptômes négatifs</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Idées délirantes</li> <li>2. Hallucinations</li> <li>3. Discours désorganisé</li> <li>4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique</li> <li>5. Symptômes négatifs</li> </ol>
<p>N.B :</p> <p>Un seul symptôme du critère A est requis si les idées délirantes sont bizarres ou si les hallucinations consistent en une voix commentant en permanence le comportement ou les pensées du sujet, ou bien si, dans les hallucinations, plusieurs voix conversent entre elles</p>	<p>N.B :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Au moins l'un des symptômes doit être 1, 2 ou 3</li> <li>○ Codage de la sévérité</li> <li>○ Modification de la définition des symptômes négatifs</li> <li>○ Suppression des sous-types de la schizophrénie</li> </ul>
Sous-types de la schizophrénie : paranoïde, désorganisé, catatonique, indifférencié, résiduel.	Spécificateur possible : avec catatonie.

Pendant longtemps, le fait d'entendre des voix, ou ce que l'on considère dans la psychiatrie comme les hallucinations acoustico-verbales (HAV), a été un « symptôme de premier rang » pour la schizophrénie [45]. Dans le DSM-IV-TR, la présence de ce seul critère de catégorie A était suffisante pour dresser le diagnostic de schizophrénie. En arguant dans ce sens, une étude Lewinsohn [31] a démontré que si 30 % des patients schizophrènes hospitalisés avaient des hallucinations, il y avait 84 % de chance de se voir attribuer un diagnostic de schizophrénie. Ces données confirment la célèbre et controversée étude de Rosenhan parue dans *Science* [43], où celui-ci critiquait la validité du diagnostic psychiatrique dans le DSM notamment autour des HAV. Ses résultats suggéraient l'idée que l'expression d'un symptôme pourtant non significatif et transitoire engendrait la formulation

d'un diagnostic psychiatrique sévère [41]. Entendre des voix se présentait presque comme un symptôme pathognomonique de la schizophrénie. Pourtant, il est maintenant connu que les HAV peuvent apparaître dans d'autres diagnostics psychiatriques, notamment les troubles maniaco-dépressifs ou les troubles dissociatifs [23].

Dès lors, avec le DSM-5 qui ne considère plus les HAV comme centrales ou suffisantes pour dresser un diagnostic de schizophrénie, il semble primordial de mettre à l'épreuve cette nouvelle nosographie pour vérifier son application concrète, c'est-à-dire si un individu peut entendre des voix de manière fréquente et durable sans être pour autant qualifié de schizophrène. Ces évolutions du DSM-5 vont-elles engendrer une modification du diagnostic pour l'individu ? Les avis des auteurs sur la question divergent. Pour certains, ces quelques modifications apparaissent comme mineures et ne devraient pas amener de changements significatifs [44] alors que pour la Task Force responsable de ces modifications, une élimination des sous-types et une explicitation plus fine des critères utilisés pour le diagnostic de schizophrénie devraient permettre une plus grande validité du diagnostic différentiel [46]. Nous avançons l'idée qu'il y aurait une catégorisation différente dans le diagnostic donné à l'individu entendeur de voix en fonction du DSM-IV-TR ou du DSM-5 avec l'évolution du critère A portant sur les « symptômes caractéristiques ».

### **3. « Entente de voix », expériences exceptionnelles et interprétation par la médiumnité**

« Entendre des voix » en psychiatrie reste synonyme d'HAV, une dénomination qui reste abstraite et distante par rapport à la diversité et à la qualité du vécu des entendeurs. Ceux-ci ne se retrouvent pas nécessairement dans ces explications psychiatriques ou psychologiques qui utilisent les « hallucinations acoustico-verbales » comme l'un des principaux symptômes pour établir le diagnostic de schizophrénie. Plusieurs exceptions sont à noter, notamment les travaux de Henri Ey [37] qui distinguait les hallucinations, qu'elles soient du côté de la névrose ou de la psychose, et qui abordait également la notion d'hallucinations non délirantes sous la dénomination des « éidolies hallucinosiques ». De la même manière, nous retrouvons la classification de Karl Leonhard, notamment autour des psychoses endogènes, qui ne considère pas les symptômes de premier rang de Schneider comme pertinents pour le diagnostic différentiel des psychoses [21]. Si ces classifications ont le mérite de questionner le relativisme des critériologies diagnostiques autour des psychoses, celles-ci ne sont pas les plus relayées, y compris pour une portion importante de patients qui préfèrent parler d'anxiété et de dépression pour requalifier leur état [14]. Cette réappropriation

peut être considérée comme une stratégie de lutte contre la stigmatisation associée au diagnostic de schizophrénie, avec un double objectif. Le premier est de rendre la « maladie » plus acceptable pour eux-mêmes, mais aussi vis-à-vis des autres, les protégeant du poids du regard social et de la détresse de leur entourage. Ces termes sont plus rassurants et plus utilisés dans le langage courant, ils peuvent définir plusieurs sortes de difficultés psychologiques et permettent à l'individu de rester vague dans la description de son trouble [6]. Le deuxième objectif est une mise à distance de la catégorisation dans les maladies mentales, eux-mêmes ne pensant pas y appartenir. Certains patients, même diagnostiqués depuis des années, ne se reconnaissent pas comme « malades mentaux » [38].

Face à la connotation négative dont peuvent être porteurs les termes d'hallucination et de schizophrénie, des psychologues ont proposé différentes nominations alternatives pour appréhender cette expérience dans un cadre clinique. Dans une perspective influencée par l'approche phénoménologique du philosophe Thomas Metzinger, nous pouvons retrouver l'expression d'« expériences exceptionnelles » [17] pour qualifier un vécu inhabituel qui n'est pas intégré dans les schémas cognitifs et émotionnels d'un individu donné. Nous privilégions cette approche et l'emploi de cette expression pour parler de « l'entente de voix » et des entendeurs de voix, au vu du caractère plus neutre de cette définition vis-à-vis de l'expérience vécue. Aussi, les voix constituent habituellement des expériences exceptionnelles internes affectant le Modèle de Soi [20], qui peuvent contribuer à la fois à une bonne et à une mauvaise santé mentale. Cette dénomination prend en compte la qualité particulière du vécu de l'individu et permet aussi d'ouvrir un espace d'élaboration pour les différentes hypothèses interprétatives [19].

Les personnes qui entendent des voix font par ailleurs elles-mêmes usage de termes faisant référence à la dimension religieuse, « aux visions, révélations et autres stigmates » ([15], p 441). Un certain nombre d'entre elles s'identifient plus précisément aux médiums, regroupés sous une multiplicité de dénominations (clairaudient mais aussi parfois clairvoyant, clairsentient, etc.) et de manifestations différentes (psychographe, channel, etc.). Il n'a pas manqué d'auteurs pour réinterpréter les vécus de certains mystiques comme des formes de médiumnité, à commencer par les voix qui ont guidé Jeanne d'Arc. Si ces identifications controversées ont d'abord été considérées par les aliénistes comme une coloration thématique de symptômes psychopathologiques (par exemple, [12]), l'histoire des interactions entre médiumnité et pensée clinique présente une grande complexité. En effet, il existe une origine commune à ces courants de pensée : plusieurs historiens ont décrit les glissements et influences croisées entre magnétisme animal, somnambulisme artificiel, spiritisme, puis

hypnotisme médical et premières formes de psychothérapie [34,35]. Les « dons » et autres « voix inspiratrices » révélés lors d'états modifiés de conscience ont contribué à l'émergence de la psychiatrie dynamique d'une part, et à la figure du médium d'autre part, pris dans des enjeux de clinique différentielle [30]. Subséquemment, la question s'est posée de savoir si tous les médiums étaient psychotiques ou, chez Allan Kardec [26] lui-même — le pédagogue lyonnais qui a codifié le spiritisme — si la pratique spirite pouvait conduire à la folie, risque dont il alertait ses lecteurs. Après une importante tergiversation nosographique, certains psychiatres ont conclu que l'exercice régulier de pratiques médiumniques pouvait déclencher une psychose hallucinatoire chronique en fonction de prédispositions individuelles (par exemple, [5] ; voir aussi [28,29]).

Ces questions sont toujours d'actualité pour un clinicien en prise avec des sujets entendeurs de voix revendiquant leur identité de médiums, et n'exprimant pas en outre de souffrance associée à une demande de soins. Peut-on se permettre d'établir un lien entre leurs expériences et facultés revendiquées et une forme de psychopathologie ? Comment se positionner en tant que professionnels face aux effets stigmatisants de cette approche pathologisante, enracinés après deux siècles d'opposition culturelle entre psychiatrie et spiritualité ? Deux cas cliniques issus d'une recherche exploratoire vont nous permettre d'illustrer certaines réponses contemporaines à ces interrogations dont nous héritons.

## **4. Méthodologie**

### ***4.1. Population***

Cette étude s'est donc focalisée sur les « entendeurs de voix » avec pour critères d'inclusion des participants nécessairement âgés de plus de 18 ans, l'entente de voix à l'adolescence s'exprimant de manière différente de celle adulte avec des enjeux structuraux et génétiques qui lui sont propres [7]. Ont été exclues les personnes pouvant entendre des voix au moment du coucher (hypnagogique) ou du lever (hypnopompique), ce phénomène n'étant pas considéré dans les hallucinations (critère A) dans la classification du DSM-5. Les voix dont l'apparition est liée à la prise de drogues ou de toxiques sont également écartées.

Pour entrer en contact avec cette population, plusieurs annonces à propos de cette recherche ont été diffusées, visant les individus concernés ou les personnes qui dans leur entourage pourraient connaître des personnes intéressées, à travers différents réseaux, notamment par liste de discussion aux étudiants ainsi qu'aux personnels de l'université de

Lorraine. Nous avons également transmis cette annonce à l'adresse mail du Réseau français sur l'entente de voix. Enfin, nous sommes allés sur de nombreux forums s'intéressant au « paranormal » ou à la « spiritualité », deux univers très différents mais qui, pourtant, rassemblent potentiellement des entendeurs de voix qui seraient dans un processus d'appropriation du phénomène par une explication non pathologique. Il s'agit en effet d'une démarche que nous avons observée notamment lors du 8<sup>e</sup> congrès mondial sur l'entente de voix à Paris par Will Hall [24] et Ivan Barry<sup>1</sup>, dans la littérature [36,10] mais aussi au sein même du groupe des entendeurs de voix mis en place à Lunéville, près de Nancy, depuis 2012.

Après diffusion de notre annonce de recrutement sur plusieurs plateformes internet et par un affichage local, nous avons donc rencontré deux entendeuses de voix médium (Jeanne, 68 ans ; et Paulette, 69 ans) qui n'ont jamais eu recours aux services de santé mentale, n'en ressentant pas le besoin car leurs voix n'étaient pas ou plus associées à une souffrance psychique. Elles ont accepté de participer à notre recherche portant sur la phénoménologie des voix et leurs modalités d'appropriation.

Nous souhaitons préciser d'emblée une limite inhérente à notre méthodologie : malgré cette large diffusion, le nombre de personnes ayant complété toute l'étude est faible relativement au nombre de répondants. En effet, nous sommes entrés en contact avec une dizaine d'entendeurs de voix qui ne sont pas reconnus dans notre problématique. En dépit de ce qui ressortait de notre lecture de la littérature internationale, « l'entente de voix » reste une dénomination très spécifique et encore porteuse d'une connotation négative en France, puisqu'étant assimilée à l'hallucination acoustico-verbale et donc au spectre de la schizophrénie [17]. Nous faisons l'hypothèse que l'utilisation de l'expression « entente de voix » a également posé problème au sein des nombreux groupes et forums sur la spiritualité ou encore le paranormal que nous avons contactés, du fait d'une préférence locale pour des terminologies alternatives (« clairaudience », « médiumnité », ou dans un autre registre, communication avec des « esprits », « monstres », « extraterrestres », etc.). Nous avons alors essayé de nous adapter à cette « folksonomie » en tentant de saisir les nuances de ces termes et les fonctions différentes qu'ils prenaient dans ces espaces. Dans une certaine mesure, nous avons essayé d'intégrer ce vocabulaire alternatif au cours de nos échanges, tout en veillant par la suite à ce qu'il recouvre bien le phénomène d'HAV au sens psychiatrique du terme, en précisant aux participants notre définition de l'entente de voix. Cependant, certains de nos

---

<sup>1</sup> Voir son blogue : <https://visionsandvoices.weebly.com> (Consulté le 17/10/2018)

contacts ne se sont malgré tout pas reconnus dans l'utilisation de ces termes et n'ont pas souhaité donner suite. À l'inverse, les deux participantes que nous avons rencontrées considèrent être « médiums », selon des modalités différentes, mais ont concédé que la médiumnité pouvait être assimilée, dans une certaine mesure, à de l'entente de voix. Cette négociation dans le champ du discours nous semble un trait spécifique et hautement significatif de la teneur anthropologique de notre recherche clinique.

### **4.3. Outils**

Notre procédure implique l'utilisation d'un outil préconisé par les concepteurs du DSM associé à l'analyse clinique d'un entretien semi-structuré centré sur la phénoménologie des voix. L'objectif est de comparer les grilles de lecture syndromique et psychodynamique des mêmes symptômes.

Notre choix d'outil diagnostique s'est donc porté sur la grille d'Évaluation Dimensionnelle de la Sévérité des Symptômes Psychotiques par le Clinicien (EDSSPC) [2] en hétéroévaluation qui recoupe les différents critères A du DSM-5 et du DSM-IV-TR pour le diagnostic de la schizophrénie. Nous nous sommes focalisés principalement sur ses cinq premiers critères, à savoir l'hallucination, les idées délirantes, le discours désorganisé, le comportement désorganisé ou catatonique, et les symptômes négatifs. Ce dernier outil regroupe les différents critères A pour le diagnostic de schizophrénie du DSM-5, et évalue l'éventuel déficit cognitif, l'état dépressif, et les manies<sup>2</sup>. Les items se positionnent sur un continuum allant de « pas présent », « douteux », « présent, mais léger », « présent et moyen », « présent et grave ». Pour rappel, l'utilisation de cet outil est justement conseillée dans le DSM-5 dans l'établissement du diagnostic [2]. L'ensemble de ces éléments devrait ainsi permettre de constater l'évolutivité des modifications diagnostiques de l'outil nosographique.

Nous avons utilisé comme support l'entretien semi-directif de Maastricht, développé par Romme et Escher [42] précurseur des premiers travaux sur l'entente de voix aux Pays-Bas, qui aborde cette expérience phénoménologique sur une multitude d'aspects individuels tels que l'intensité, le volume, le nombre de voix, etc., tout en abordant les sphères environnementales de l'individu ainsi que son potentiel parcours dans différents services de

---

<sup>2</sup> Ces derniers aspects sont notamment utilisés par le praticien pour une exploration plus fine de l'état du patient afin d'organiser une prise en charge la plus adaptée. Nous n'explicitons cependant pas ces trois aspects dans notre travail de recherche, ceux-ci n'étant pas pertinents dans notre exploration de l'évolution nosographique.

soins psychiatriques. Celui-ci permet ainsi une exploration complète de l'entente de voix pour l'individu, permettant de coter conjointement l'EDSSPC.

Cinq rencontres ont été organisées individuellement avec chacune des participantes d'une heure à une heure et demie. En parallèle aux différentes rencontres et à l'aide de l'entretien de Maastricht, l'EDSSPC a été utilisé pour évaluer la présence des critères A du DSM-5.

À la suite des résultats obtenus à l'aide de la nosographie du DSM-IV-TR et du DSM-5, le même travail a été réalisé sur la CFTM R-2015 [22] et sur ses spécificités diagnostiques, cette comparaison ayant pour but de faire émerger d'autres éléments de réflexion que nous présenterons dans la discussion.

## **5. Résultats**

### ***5.1. Cas clinique de Jeanne***

#### *5.1.1. Données d'anamnèse*

Jeanne, 68 ans, se présente actuellement comme médium professionnelle. Retraitée, mariée et mère de deux enfants. Elle reconnaît entendre spontanément des voix différentes de la sienne mais n'a jamais éprouvé le besoin de consulter à ce sujet. Les cinq entretiens menés avec elle nous ont permis d'apprendre que les voix sont apparues une première fois à 12 ans, ce qui a entraîné un rejet de la part de sa mère et son beau-père. Puis, pendant vingt-cinq ans, elle n'a plus vécu cette expérience jusqu'à ce que survienne un grave accident de voiture qui la laissa sévèrement handicapée. Devenue tétraplégique, ses médecins envisageaient au mieux une paraplégie après trois ans de rééducation. Toutefois, elle parvint à remarcher normalement. C'est pendant cette rémission que les voix sont réapparues, et alors qu'elle nous décrivait à cette période un entourage familial peu présent et un étayage professionnel défaillant dû à son invalidité, ce sont les voix qui lui ont apporté notamment aide et conseils. Jeanne a d'abord eu une phase de rejet devant cette expérience : « Je pensais que j'étais folle. » Puis, après un temps d'adaptation, elle est devenue moins réfractaire à les écouter ; vint alors une phase d'acceptation et d'appropriation : « folle ou pas folle, le résultat était là », nous dit-elle. Elle a commencé à assimiler ces voix à celles d'esprits défunts venus la guider. Aujourd'hui, son mari, ses enfants, ainsi que certains de ses amis sont perçus comme soutenant tant dans son caractère extraverti que dans son interprétation de ses voix en tant qu'expérience médiumnique.

### *5.1.2. Critère des hallucinations*

Les informations recueillies lors de l'entretien de Maastricht nous ont permis d'entrer plus avant dans la phénoménologie de son vécu et de coter à l'EDSSPC les cinq aspects des « symptômes caractéristiques ». Ses hallucinations nous apparaissent « présentes mais légères » car Jeanne exprime n'avoir aucune pression à agir en fonction de ses HAV. Elle les décrit comme « des ondes de radios muettes » qui apparaissent distinctement en elle et qui ont une qualité différente de sa propre activité de pensée, s'imposant comme « une certitude absolue ». Elle ajoute n'avoir jamais été ennuyée par elles, même si elles se manifestent pour commenter ses actions. En effet, les voix se manifestent toujours dans un cadre non contraignant, ou bien elles attendent que Jeanne soit « disponible pour les recevoir ».

### *5.1.3. Critère des idées délirantes*

Pour l'évaluation des aspects délirants à l'EDSSPC, nous nous sommes focalisés sur de possibles incohérences ou contradictions dans le discours de Jeanne, ainsi qu'aux différents thèmes des idées délirantes qui auraient pu apparaître. Si nous reprenons les termes du DSM-5 qui considèrent que « les personnes peuvent exprimer une variété de croyances étranges ou inhabituelles qui n'atteignent pas des proportions délirantes (ex. des idées de référence ou des pensées magiques) » ([2], p. 118), nous pouvons évaluer que Jeanne n'a pas manifesté d'idées délirantes lors de nos rencontres, tout en étant ouverte à notre point de vue et heureuse de cette démarche non réductrice concernant l'entente de voix. Ces éléments vont dans le sens des croyances « flexibles » qui ne sont plus suffisantes pour remplir ce critère A [25].

### *5.1.4. Critère du discours désorganisé*

Sur le critère suivant, nous n'avons pas considéré le discours de Jeanne comme désorganisé. Dans les différents entretiens, nous n'avons rencontré aucune difficulté à suivre son discours, ni répertorié de « coq-à-l'âne » ou d'incohérences, qui seraient venus altérer l'architecture conversationnelle du discours et créer certaines incongruités. Elle parvient à retracer son histoire de manière fluide et inscrite dans une bonne temporalité.

### *5.1.5. Critère du comportement désorganisé*

Le comportement psychomoteur de Jeanne n'a pas révélé d'anormalité ou de « comportement moteur bizarre ». Ce n'est pas sans panache que Jeanne pouvait s'exprimer et développer son expérience face à un jeune chercheur en psychologie. La posture adoptée

n'était ni rigide ni inappropriée ou bizarre malgré les séquelles de son accident, et elle n'était pas non plus dans une position de mutisme ou de stupeur. Installée de manière décontractée, elle pouvait accompagner son discours de gestes ne relevant pas d'une agitation catatonique. Nous n'avons pas non plus relevé de mouvements stéréotypés, de fixité du regard, de grimaces inopportunes ou encore d'écholalie.

#### *5.1.6. Critère des symptômes négatifs*

Quant au dernier critère, nous avons constaté l'absence de symptômes négatifs. L'expression émotionnelle s'est révélée normale, même lorsque nous avons abordé l'inventaire d'événements de vie présent dans l'entretien de Maastricht. Pour certains items, Jeanne a su montrer des signes faciaux de tristesse congruents au contenu de son discours. Sa prosodie est restée normale et fluide, de même pour ses contacts visuels, ses mouvements de mains et ses mouvements de tête. Sa simple participation à cette étude de façon auto-initiée, afin de témoigner de son expérience, démontre dans une certaine mesure l'absence d'aboulie et d'asociabilité.

#### *5.1.7. Conclusion*

En somme, les HAV sont perçues de manière régulière par Jeanne « une fois par semaine jusqu'à cinq fois dans la même journée », pour la guider ou pour commenter ses actions. Ces manifestations étant présentes depuis plus de six mois, le critère de durée pour un diagnostic de schizophrénie est donc satisfait dans les deux outils diagnostiques. Ses voix ne sont pas imputables à une autre pathologie mentale ou somatique. Or, lorsqu'on applique les classifications du DSM-IV-TR et du DSM-5, nous n'arrivons pas au même diagnostic. Pour le DSM-IV-TR, la simple présence des HAV commentant les actions de Jeanne suffit à vérifier le critère A et à s'orienter vers un diagnostic de schizophrénie paranoïde. Dans le DSM-5, un deuxième critère est requis pour dresser le même constat et celui-ci n'a pas été repéré lors de nos investigations.

## ***5.2. Cas clinique de Paulette***

### *5.2.1. Données d'anamnèse*

Paulette est une entendeuse de voix de 69 ans que nous avons rencontrée à son domicile. Retraitée, elle exerçait la profession d'enseignante spécialisée ; aujourd'hui elle organise des concours amateurs de poésies, peint et expose certaines de ses œuvres, tout en

pratiquant bénévolement la médiumnité. Divorcée et mère de deux enfants, Paulette s'est avérée très investie dans cette recherche, étant animée d'un désir de transparence : « Je milite pour que l'on perde les œillères de la crainte et que l'on se décide enfin à reconnaître ces manifestations particulières et à les envisager de manière scientifique. »

Paulette a entendu pour la première fois une voix vers 50 ans, à l'occasion d'un rendez-vous avec une médium organisé par une de ses amies. Curieuse mais sceptique, Paulette se rendit chez cette médium qui, dès le début de la rencontre, lui fit cette remarque énigmatique : « Vous avez les mêmes yeux que lui. » Puis la médium lui fit remarquer qu'elle n'avait pas besoin d'elle car elle possédait la même capacité. À la demande du médium, Paulette s'est saisie d'un stylo et s'est mise à écrire ce qu'une voix lui dictait, à savoir « Je t'aime ». C'est à ce moment-là qu'elle fit le lien avec la couleur des yeux de son père, décédé durant son enfance. Cette nouvelle l'a profondément bouleversée et, le soir même, alors qu'elle s'essayait à reproduire cette première expérience d'écriture automatique, elle put entendre et rédiger : « Ne t'énerve pas. » Durant les six mois suivants, Paulette commença à entendre différentes personnes, certains plus fréquemment que d'autres. Elle se réveillait parfois trois fois par nuit pour écrire ce que Hélène, l'une de ses voix, lui « enseignait ». L'expérience a duré avec une intensité égale pendant presque trois ans et demi, avec la production de nombreux cahiers où elle a retranscrit ce qu'elle avait entendu, ce qui aboutit à la publication d'un recueil de ces textes « inspirés ». Cette expérience a fortement incité Paulette à s'intéresser au monde de la spiritualité et c'est de cette façon qu'elle s'est progressivement approprié le phénomène des voix en tant que manifestations de sa médiumnité.

### *5.2.2. Critère des hallucinations*

Selon l'EDSSPC du DSM-5, Paulette remplit le critère A relatif aux « hallucinations » et l'entretien de Maastricht nous permet d'affiner notre compréhension de son vécu. Nous avons fait le constat que ses HAV sont « satisfaisantes et claires, avec la force et l'impact des perceptions normales ». Les voix se manifestent notamment pour commenter certaines de ses actions. Elles sont toutes considérées par Paulette comme positives ou neutres mais jamais négatives ou menaçantes. Le plus souvent, « ce sont des enseignements, parfois des petites remontrances » mais qui ne sont « jamais méchantes », et qui ne lui ont jamais rien imposé. De manière générale, Paulette nous explique que cette expérience n'a jamais perturbé sa vie quotidienne ; elle se dit plutôt satisfaite de ses voix qui représentent « un enrichissement » lui « ouvrant des perspectives ».

Cependant, le symptôme hallucinatoire, au sens du DSM, est considéré comme présent et léger, les voix n'exerçant aucune pression excessive.

#### *5.2.3. Critère des idées délirantes*

Selon le critère A des « idées délirantes », nous n'en avons pas relevé dans le discours de Paulette, les propos qu'elle tient sur sa médiumnité relevant d'une croyance laissant ouverte la possibilité de sa réfutation. Paulette explique que c'est par l'interprétation spirite qu'elle comprend l'entente de voix, mais qu'elle a peut-être tort et ne se veut pas prosélyte. La croyance ici n'est pas figée et dénote l'absence d'idées délirantes selon la définition du DSM-5.

#### *5.2.4. Critère du discours désorganisé*

Concernant le critère A suivant, le discours de Paulette n'était pas désorganisé. Il est resté fluide à chaque entretien, avec une continuité dans l'argumentation sans déraillement ou relâchement (ruptures ou débrayages), un bon niveau de langue française et une compréhension normale des propos qu'elle tenait. Nous n'avons pas non plus remarqué de « pensée tangentielle » selon le DSM-5 (réponses reliées de manière indirecte aux questions, ou dans les cas plus extrêmes, qui ne sont aucunement reliées aux questions). Son attachement à la langue française se manifestait même par l'encouragement à maintenir un registre soutenu.

#### *5.2.5. Critère du comportement désorganisé*

Le comportement de la participante n'était pas non plus désorganisé ou catatonique. Sa posture était décontractée au cours des différents entretiens, sans gestes ou mouvements inappropriés, ce qui permet d'éliminer une agitation catatonique. Elle a déclaré ne pas avoir de difficultés dans les activités de la vie quotidienne. Nous n'avons pas relevé d'absence de réactivité à l'environnement, infirmant l'hypothèse d'un comportement catatonique. Au cours de nos échanges, elle ne s'est jamais enfermée dans un mutisme ou une stupeur face aux questions, ni n'a eu de regards fixes, de grimaces inopportunes ou encore d'écholalies.

#### *5.2.6. Critère des symptômes négatifs*

Parmi les symptômes négatifs, il n'y a pas eu de diminution émotionnelle. Lors de questions abordant des sujets problématiques pour elle, comme des deuils, nous avons pu observer des émergences émotionnelles (changement de tonalité de la voix, yeux embrumés),

notamment lors de l'évocation de son père, avec des mouvements de tête et des modifications de l'expression faciale, qui attestent également de l'absence de ce premier symptôme négatif. Nous avons aussi pu relever l'absence d'aboulie : Paulette engage de nombreuses activités auto-initiées vers un but comme la peinture, l'écriture, ou encore des concours de poésie amateur avec un cercle social présent et étayant. Elle ne semble pas présenter d'anhédonie et n'a pas eu non plus un discours limité (alogie).

#### *5.2.7. Conclusion*

Parfois, Paulette entend des voix à une fréquence élevée allant d'« une fois par jour à plusieurs fois par jour » et parfois de manière moins intense, « une fois par semaine » et « plus rarement une fois par mois ». La durée des HAV ayant été constatée sur une période de plus de six mois, le critère de durée pour le diagnostic de schizophrénie est rempli. Selon le DSM-IV-TR, Paulette correspondrait au diagnostic de schizophrénie paranoïde, mais pour le DSM-5, la simple présence des HAV commentant les actions de Paulette ne serait pas suffisante pour poser un diagnostic de schizophrénie.

### **6. Critères de la Classification Française des Troubles Mentaux R-2015**

Si l'on se réfère à la CFTM R-2015, en l'absence de symptômes négatifs qui composent principalement le diagnostic de schizophrénie paranoïde dans cette classification, et en l'absence de délire considéré comme persistant, nous pouvons penser que Jeanne et Paulette présentent un état hallucinatoire organique (5.40 [A]), c'est-à-dire un « trouble caractérisé par des hallucinations persistantes ou récurrentes et habituellement visuelles ou auditives, survenant en l'absence d'une obnubilation de la conscience. Ces hallucinations sont parfois à l'origine d'une élaboration délirante qui cependant ne domine pas le tableau clinique ; les hallucinations peuvent, ou non, être reconnues comme pathologiques par le sujet lui-même » [22].

### **7. Discussion**

Le DSM qui, dans son occurrence IV-TR, considérait qu'« un seul symptôme du critère A est requis si les hallucinations consistent en une voix commentant en permanence le comportement ou les pensées du sujet, ou si, dans les hallucinations, plusieurs voix conversent entre elles », a connu une évolution qui vient redistribuer les cartes. Avec la

classification du DSM-IV-TR, Jeanne et Paulette seraient toutes deux porteuses du diagnostic de schizophrénie paranoïde, ce qui ne serait pas le cas en appliquant la critériologie remaniée du DSM-5. Les résultats obtenus grâce à l'EDSSPC du DSM-5 nous font observer une différence de diagnostic en fonction de la classification que l'on utilise, ce qui vient confirmer notre hypothèse principale. Le seul critère A rempli par le groupe clinique est l'« hallucination », plus précisément l'HAV, qui n'a plus la même valeur en tant que signe clinique.

Le critère des idées délirantes constitue un autre point d'achoppement : le DSM-5 emploie une définition des croyances intégrant trois niveaux d'adhésion qui n'ont pas les mêmes significations cliniques. Mais ce manuel offre une aide limitée pour la différenciation qui pourrait s'opérer « en fonction du degré de conviction avec lequel la croyance est soutenue en dépit de preuves contraires, claires et rationnelles à propos de la véracité » ([2], p. 109). Nos sujets sont persuadés d'être médiums et leur entourage comme ceux qui ont recours à leurs services les confortent dans cette position. En interprétant cette croyance d'être médium comme un mode d'appropriation religieux ou spirituel des voix, on pourrait la comprendre davantage comme une solution subjective, facilitant une inscription sociale valorisante, plutôt que comme un signe de pathologie stigmatisant. Appliquer les recommandations du DSM-5 pour distinguer entre croyances fortement ancrées et idées délirantes pose de sérieuses difficultés. Le psychanalyste Jean-Claude Maleval encourage à privilégier la logique des sujets : il soutient « qu'il n'y a pas d'idée délirante en soi, mais uniquement des sujets délirants » ([32], p. 21). Cette approche incite à accorder une attention particulière à la parole du sujet afin d'en extraire le caractère potentiellement discordant. D'ailleurs, les idées de référence et la pensée magique peuvent se retrouver hors de la psychose, par exemple chez les sujets phobiques ou obsessionnels. Nous employons le syntagme « idées délirantes » dans nos études de cas malgré la difficulté subjective sous-jacente que nous venons de mettre en exergue, tout en soulignant la pseudo-objectivité du DSM dans son ambition d'opérationnaliser les notions d'idée délirante et de bizarrerie [32].

Le continuum normal-pathologique dans lequel se place l'EDSSPC permet d'appréhender plus finement les différents critères A du DSM-5 et représente une aide importante pour le diagnostic. Elle permet de repérer la pathologie en fonction de sa gravité et de déceler des personnes qui seraient potentiellement plus en souffrance du fait de la gravité du symptôme. Cependant, la subjectivité du clinicien reste largement convoquée dans l'élaboration du diagnostic. En effet, la façon dont les critères A du DSM-5 pour la

schizophrénie sont définis laisse encore une grande place à l'appréciation subjective, ce qui donne potentiellement lieu à un certain nombre d'erreurs diagnostiques.

Toutefois, l'évolution nosographique du DSM-IV-TR vers le DSM-5 semble réellement apporter des changements dans la classification, comme le pressentaient certains auteurs [46]. Dans cette étude, nous avons notamment pu appréhender cette évolution pour le critère A des « symptômes caractéristiques » avec la suppression de la consigne du DSM-IV-TR relative aux idées bizarres et aux hallucinations qui commentent ou discutent entre elles. Les deux participantes de notre étude sont porteuses de schizophrénie paranoïde selon le DSM-IV-TR mais pas selon le DSM-5. On peut supposer que, du point de vue des entendeurs, l'ouverture des cliniciens à un plus riche éventail d'hypothèses diagnostiques pourrait faciliter l'accès aux soins et l'alliance thérapeutique pour cette population aux problématiques complexes.

En ce qui concerne la CFTM R-2015, nous pouvons tout d'abord noter que celle-ci se réfère à deux axes, à savoir les facteurs principaux (Axe I) et les facteurs associés ou antérieurs, éventuellement étiologiques (Axe II). Dans ce deuxième axe, le patient est inscrit dans son histoire de vie, tant dans les spécificités de ses antécédents biologiques qu'environnementaux. Nous pouvons souligner la démarche d'inscrire l'individu dans son vécu, là où le DSM-5, malgré un intérêt pour la dimension physiologique, mésestime ce versant. La spécificité des croyances culturelles, sociétales et groupales est également soulignée ; celles-ci peuvent permettre de nuancer certaines catégorisations pathologiques lorsqu'elles sont parfois plus dues à des valeurs intrinsèques et acceptées des groupes d'appartenance. L'appréhension clinique d'une coloration « spirite » des expériences exceptionnelles laisse alors plus d'options [28].

Un autre élément de la CFTM R-2015 a retenu notre attention, notamment vis-à-vis des hallucinations en général et des HAV en particulier, qui sont absentes de la classification de la schizophrénie et de ses sous-catégories. La schizophrénie sous sa forme paranoïde (1.11 [A]) est considérée comme « un épisode marqué par des idées délirantes à thèmes et mécanismes multiples, peu ou pas organisés et changeants, souvent associés à des affects envahissants et des troubles du comportement » [22]. Cela ne correspond pas au tableau présenté par Paulette et Jeanne qui n'ont que ce seul « symptôme » des HAV. La question des symptômes positifs et principalement des hallucinations est très peu représentée dans cette nosographie française ; le diagnostic qui correspondrait le plus aux deux entendeuses ne serait pas une schizophrénie *stricto sensu*, mais un état hallucinatoire organique (5.40 [A]). L'étiologie de ce diagnostic inclut un trouble lié à une lésion ou à un dysfonctionnement

cérébral, « correspondant soit à une affection cérébrale primitive ou secondaire, soit à des hormones ou des troubles endocriniens, soit à d'autres maladies somatiques, soit à des substances exogènes, à l'exception de l'alcool et d'autres substances psychoactives ». N'ayant pas pu procéder à un examen physiologique, cette hypothèse reste ouverte. Toutefois, il est intéressant de voir les variations importantes de classification selon que les hallucinations sont considérées ou non comme un trouble psychogène et pathognomonique de certaines formes psychotiques.

Au regard de cette comparaison entre ces trois classifications, nous constatons que la subjectivité du clinicien a encore une part importante dans le repérage diagnostique. Là où le DSM-IV-TR nous inciterait à poser un diagnostic de schizophrénie, pour les deux cas étudiés, le DSM-5 ne permet pas de conclure faute d'un nombre suffisant de critères ; et la CFTM R-2015 nous oriente vers la piste d'un trouble uniquement organique. Ces différences importantes de diagnostic peuvent conduire à des différences de prise en charge, ce qui vient souligner les enjeux majeurs du choix de référentiel pour réaliser l'analyse clinique d'un entendeur de voix. Contrairement aux certitudes véhiculées par les représentations sociales, la question reste entière, pour le clinicien, de son positionnement face aux voix entendues entre autres par Jeanne et Paulette.

Nous devons pointer certaines limites de notre étude. En premier lieu, s'agissant d'une étude préliminaire, n'ayant rencontré que deux sujets, nous ne pouvons nullement généraliser les résultats obtenus. Toutefois, une reproduction de cette recherche avec un plus large échantillon nous permettrait d'affirmer ou d'infirmer nos conclusions.

Nous pouvons aussi repérer un biais qui aurait amené les deux entendeuses à nous convaincre de leur « normalité » en nous montrant ce que nous souhaitons voir. À cette désirabilité sociale s'ajoute notre propre subjectivité, elle-même désireuse de dégager une image moins stigmatisante de l'entente de voix. Une mise en tension émerge autour de la question d'un tout quantifiable et objectivable du fait de notre subjectivité ainsi que celle qui découle de l'interprétation de certaines définitions des classifications nosographiques.

## **8. Conclusion**

Lorsque nous nous sommes intéressés à l'item « hallucination » du DSM-5, nous avons constaté que ce critère était uniquement pris en compte sur une perception des voix négatives et qui peuvent exercer une pression sur l'individu. Les voix perçues comme positives ou qui ont des fonctions sont peu considérées par le DSM et, même si elles ne

viennent pas changer le diagnostic apporté par la nosographie, les éluder vient alimenter la représentation de l'entente de voix sur un versant uniquement pathologique et négatif pour l'individu. Ce fut un élément de contradiction dans nos résultats où nous avons dû remplir l'item « présent mais léger » malgré une manifestation des voix importantes chez nos deux participantes. Leurs voix n'ayant pas ce caractère contraignant et handicapant, le DSM-5 suggérant cette unique issue, comment rendre compte de leurs vécus sans verser du côté du pathologique ? L'objectivité du diagnostic est ainsi mise à mal dans l'application de cette grille de classification qui ne rend pas compte de certaines nuances et où plusieurs critères définitionnels, tels que les idées délirantes et les HAV, laissent une trop grande part à la subjectivité pourtant contre-indicative et en contradiction à l'idée de l'uniformisation dans l'établissement du diagnostic promu par le DSM-5.

Sur notre faible échantillon, nous constatons que les mêmes observations cliniques d'entente de voix sans autre signe clinique apparent n'aboutissent pas aux mêmes diagnostics selon les critériologies employées. Le DSM-5 propose une évolution majeure par rapport à sa précédente occurrence ; tandis que la CFTM R-2015, avec son appréhension plus globale de l'histoire de vie et des influences culturelles, donne un rôle mineur à ce signe isolé. Cette dernière approche nosographique nous semble plus à même de rendre compte des aspects environnementaux, culturels et physiologiques qui correspondent aux tableaux cliniques complexes entraperçus lors de cette étude. Toutefois, la CFTM R-2015 ne règle pas encore totalement la question puisque les fonctions psychologiques et psychopathologiques des voix n'y sont pas véritablement élucidées. On attendrait donc de nouvelles études pour éclaircir les différentes fonctions jouées par les voix, selon les différents facteurs qui peuvent présider à leur survenue.

Historiquement, l'entente de voix a fait l'objet d'interprétations religieuses ou spirituelles, contre lesquelles l'interprétation psychiatrique a servi de rempart [28]. Nos observations, qui rejoignent celles de Powers et ses associés [39], montrent qu'il existe pourtant des modes d'appropriation des HAV qui, en s'appuyant sur des interprétations dans des registres tels que la médiumnité spirite, semblent ne pas correspondre aux tableaux cliniques classiques de la psychose. Au-delà de l'apparente phénoménologie commune, cela interroge les modalités psychiques de suppléance et d'ajustement qui permettent à certains sujets d'intégrer leurs voix de façon moins perturbante, dévoilant tout un continuum d'entendeurs de voix. Une évaluation dimensionnelle voire psychodynamique des voix, examinant leurs fonctions au sein de la structure psychique, permettrait de sortir d'une approche catégorielle trop approximative.

Notre étude s'est principalement centrée sur la question des hallucinations et notamment des HAV, mais nous pouvons aussi subodorer que le constat que nous avons réalisé pourrait être reproductible et tout aussi valable pour la question des « idées délirantes bizarres » qui est l'autre critère du DSM-IV-TR qui nécessitait un seul critère de catégorie A pour le diagnostic de schizophrénie, mais qui n'apparaît plus dans le DSM-5. Ce questionnement sur l'évolution de cet élément pourrait être l'objet d'une recherche ultérieure.

En conclusion, malgré ses limites, notre étude et ses résultats semblent relever une réelle évolution du diagnostic de schizophrénie entre le DSM-IV-TR et le DSM-5. La généralisabilité de nos résultats ne pourrait se faire qu'avec un plus large échantillon, toutefois cette étude préliminaire a tenté de poser les prémices de ce qui pourrait bientôt être la nouvelle catégorisation de la schizophrénie selon le DSM-5.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## **Références**

- [1] American Psychiatric Association. DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4<sup>e</sup> éd. Paris: Elsevier Masson; 2003.
- [2] American Psychiatric Association. DSM-5®: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5<sup>e</sup> éd. Paris: Elsevier Masson; 2015.
- [3] Askenazy F, Dupuis G, Dor E, Lestideau K, Meynadier A, Myquel M. Clinique des hallucinations auditives chez l'enfant non psychotique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2009;57:25-31.
- [4] Auxéméry Y. Vers une possible évolution fiable et valide de la nosographie psychiatrique moderne ? Analyse critique des origines du DSM-III aux hypothèses actuelles. *Evo Psy* 2014;79:79-94.
- [5] Ballet G. La psychose hallucinatoire et la désagrégation de la personnalité. *Encéphale* 1913;6:501-19.
- [6] Bellamy V, Roelandt JL, Caria A. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale: premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. *Études et résultats* 2004;347:1-12.
- [7] Bergeret J. Psychologie pathologique : théorique et clinique. 11<sup>e</sup> éd. Paris: Elsevier Masson; 2011.
- [8] Borch-Jacobsen M. La fabrique des folies: de la psychanalyse au psychopharmmarketing. Auxerre: Sciences humaines; 2013.

- [9] Bottéro A. Classifier sans stigmatiser : le cas de la schizophrénie. *Inf Psychiatr* 2011;87:199-209.
- [10] Boucherat-Hue V, Leguay D, Pachoud B, Plagnol A, Weber, F. Handicap psychique: questions vives. Toulouse: Erès; 2016.
- [11] Briere de Boismont A. Des hallucinations ou histoire raisonnée des apparitions, des visions, des songes, de l'extase, du magnétisme et du somnambulisme. Paris: Germer Baillière; 1845.
- [12] Burlet P. Du spiritisme considéré comme cause d'aliénation mentale. Lyon: Richard; 1863.
- [13] Castillo MC, Lannoy V, Sez nec JC, Januel D, Petitjean F. Étude des représentations sociales de la schizophrénie dans la population générale et dans une population de patients schizophrènes. *Evo Psy* 2008;73:615-28.
- [14] Castro D, Constantin-Kuntz M, Pons E, Artaud B, Tran J, Zoute C. Perception de la maladie et processus d'observance thérapeutique. Le point de vue de 11 patients porteurs de schizophrénie paranoïde. *Ann Med Psychol* 2013;171:720-4.
- [15] Devos A, Abadie P. Abord du phénomène religieux dans la pratique psychiatrique. *Inf Psychiatr* 2010;86:439-46.
- [16] Douville O. Pour une anthropologie clinique contemporaine. *Psychologie clinique* 2012;(1):201-26.
- [17] Evrard R, Le Maléfan P. Que changent les «entendeurs de voix» à l'écoute des hallucinations? I. Genèse d'un mouvement. *Ann Med Psychol* 2013a;171:623-8.
- [18] Evrard R, Le Maléfan P. Que changent les «entendeurs de voix» à l'écoute des hallucinations? II. Recherches sur l'entente de voix. *Ann Med Psychol*. 2013b;171:629-34.
- [19] Evrard R. Folie et paranormal : Vers une Clinique des Expériences Exceptionnelles. Rennes: PUR; 2014.
- [20] Fach W. Phenomenological aspects of complementarity and entanglement in exceptional human experiences (ExE). *Axiomathes*. 2011;21:233-47.
- [21] Foucher JR. 35 psychoses : la classification des psychoses endogènes de Karl Leonhard. Synthèse et revue des travaux. Paris: Book On Demand; 2009.
- [22] Garrabé J, Kammerer F. Classification française des troubles mentaux R-2015. Rennes: Presses de l'EHESP; 2015.
- [23] Goodwin FK, Jamison KR. Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression. Oxford: Oxford University Press; 1990.
- [24] Hall W. Outside Mental Health: Voices and visions of madness. Madness Radio; 2016.

- [25] Heckers S, Barch DM, Bustillo J, Gaebel , Gur R, Malaspina D, et al. Structure of the psychotic disorders classification in DSM-5. *Schizophr Res* 2013;150:11-4.
- [26] Kardec A. *Le livre des médiums, ou Guide des médiums et des évocateurs... pour faire suite au Livre des Esprits*. 11<sup>e</sup> éd. Paris: Librairie de la revue spirite; 1869.
- [27] Kernberg O. *Les troubles graves de la personnalité*. 2<sup>e</sup> éd. Paris: PUF; 2004.
- [28] Le Maléfan P. *Folie et spiritisme: histoire du discours psychopathologique sur la pratique du spiritisme, ses abords et ses avatars, 1850-1950*. Paris: L'Harmattan; 1999.
- [29] Le Maléfan P. Gilbert Ballet et la médiumnité. Contribution à l'histoire de la psychose hallucinatoire chronique et à celle des divisions subjectives. *Evo Psy* 2003;68:63-72.
- [30] Le Maléfan P, Evrard R, Alvarado CS. Spiritist delusions and spiritism in the nosography of French psychiatry (1850–1950). *Hist of Psychiatry* 2013;24:477-91.
- [31] Lewinsohn PM. Characteristics of patients with hallucinations. *J Clin Psychol* 1968;24:423.
- [32] Maleval JC. *Logique du délire*. Paris: Elsevier Masson; 2000.
- [33] Maleval JC. Limites et dangers des DSM. *Evo Psy* 2003;68:39-61.
- [34] Méheust, B. *Somnambulisme et médiumnité, 1784-1930: Le défi du magnétisme animal (Vol. 1)*. Le Plessis-Robinson: Institut Synthélabo pour de Progrès de la Connaissance; 1999.
- [35] Méheust, B. *Somnambulisme et médiumnité, 1784-1930: Le choc des sciences psychiques (Vol. 2)*. Le Plessis-Robinson: Institut Synthélabo pour de Progrès de la Connaissance; 1999.
- [36] Molinié M, Demassiet V. Des groupes d'Entendeurs de voix : pour qui ? pourquoi ? pour quoi faire ?. In: Jardri R, Favrod J, Larøi F, editors. *Psychothérapies des hallucinations*. Elsevier Masson; 2016. p. 93-106.
- [37] Patouillard R. L'hallucination chez Henri Ey et sa signification aujourd'hui. *Rev lacan* 2007;1(1):62-7.
- [38] Plaza M. De la représentation de la folie au diagnostic de folie. *Handicaps et inadaptations* 1986;(35):25-28.
- [39] Powers AR, Kelley MS, Corlett PR. Varieties of voice-hearing: psychics and the psychosis continuum. *Schizophr Bull* 2017;43:84-98.
- [40] Prudent C, Evrard R, Claude N, Laurent M, De Tychev C. DSM-5, trouble de la personnalité schizotypique et nosographie psychanalytique structurale française. *Evo Psy* 2016;81:176-90.
- [41] Rechtman R. L'hallucination auditive : Une origine paradoxale de l'épistémologie du DSM. *Evo Psy* 2000;65:293-309.

- [42] Romme M, Escher S. Making sense of voices. London: Mind publications; 2000.
- [43] Rosenhan DL. On being sane in insane places. *Science* 1973;179(4070):250-8.
- [44] Ross CA. Problems with the psychosis section of DSM-5. *Psychosis* 2014;6:235-41.
- [45] Schneider K, Hamilton MW. *Clinical Psychopathology*. New York: Grune and Stratton; 1959.
- [46] Tandon R, Gaebel W, Barch DM, Bustillo J, Gur RE, Heckers S, et al. Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophr Res* 2013;150:3-10.