

UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2021

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Entendeurs de voix : synthèse de la littérature, état des lieux et retours
d'expérience des dispositifs déployés en milieu carcéral dans la région
Hauts-de-France**

Présentée et soutenue publiquement le 22 septembre 2021 à 19h00
au Pôle Recherche
par **Jennifer LAHAYE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseur :

Monsieur le Docteur Ali AMAD

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Déborah SEBBANE

Avertissement

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

ACT : Acceptance and Commitment Therapy

ATT : Attention Training Technique

CHESS : Consultation Hallucinations et Expériences Supra-Sensorielles

CPLA : Centre Pénitentiaire Lille Annœullin

EDEV : Ecoute et Dialogue pour les Entendeurs de Voix

ESAT : Etablissements et Services d'Aide par le Travail

GEM : Groupe d'entraide mutuelle

HIT : Hallucination-focused Integrative Therapy

HVG : Hearing Voices Groups

HVN : Hearing Voices Network

MA : Maison d'arrêt

MSP : Médiateur de Santé Pair

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

REV : Réseau sur l'Entente de Voix

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

Sommaire

Liste des abréviations.....	3
Résumé.....	6
Introduction.....	11
Concepts liés à l'émergence des groupes d'entendeurs de voix.....	12
1. Pair-aidance	9
2. Empowerment	10
3. Rétablissement	11
Entendeurs de voix: le hearing Voices Movement.....	12
1. Historique	12
2. Le Réseau français sur l'Entente de Voix	13
3. Un concept innovant.....	14
4. Déroulement des séances	15
4.1. Pré-requis.....	15
4.2. Sujets abordés	15
Etat des lieux des pratiques et synthèse de la littérature.....	17
1. Stratégies cliniques pour faire face à l'entente de voix au quotidien	17
1.1. Stratégies cliniques les plus courantes proposées par les professionnels ⁽¹²⁾	17
a. Thérapie cognitivo-comportementale (TCC).....	17
b. Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)	18
c. Traitement intégratif axé sur les hallucinations (HIT)	18
d. Technique de formation à l'attention en thérapie métacognitive (ATT)	19
e. Relating Therapy.....	19
f. Approches informatisées et Distraction	20
1.2. Stratégies développées par les usagers eux-mêmes.....	20
a. Le questionnaire de Maastricht	21
b. « Talking with Voices »	22
2. Synthèse de la littérature : évaluation des groupes d'entendeurs de voix.....	23
Articulation des groupes d'entendeurs en pratique psychiatrique et en milieu carcéral.....	32
1. Approche qualitative : entretiens semi-dirigés auprès de 2 psychiatres.....	33
1.1. Entretien avec Pr Jardri	33
1.2. Entretien avec Dr Le Cardinal.....	38
2. Applicabilité des groupes d'entendeurs de voix en milieu carcéral : retour d'expérience du CPLA et de la MA de Beauvais	44
2.1. Le projet du SMPR d'Annœullin.....	44
a. Mise en place du groupe	45

b.	Orientation des patients	45
c.	Principes et rédaction de la charte	46
d.	Déroulement des séances	47
e.	Articulation avec l'administration pénitentiaire	47
f.	Avantages / leviers	48
g.	Limites / obstacles rencontrés.....	49
h.	Spécificités du milieu carcéral	49
i.	Place des groupes dans la prise en charge du patient	50
j.	Intérêt d'une formation.....	51
k.	Perspectives futures	51
2.2.	Maison d'arrêt de Beauvais	51
a.	Principes du dispositif.....	52
b.	La mise en place du groupe	53
c.	Préalablement à la participation	53
d.	Déroulement des séances	54
e.	Avantages du dispositif / leviers rencontrés lors de la mise en place	55
f.	Limites / obstacles	57
g.	Spécificités du milieu carcéral	57
h.	Lien avec l'administration pénitentiaire	58
i.	Relai vers l'extérieur	58
j.	Intérêt d'une formation.....	59
k.	Perspectives futures	59
	Discussion.....	60
	Conclusion.....	63
	Bibliographie.....	65
	Annexes.....	69

Résumé

Introduction : Les notions de pair aideance et de rétablissement sont de plus en plus présentes en santé mentale. Elles sont apparues au milieu du XIXème siècle aux Etats-Unis, avec le développement par la suite des Alcooliques Anonymes. Les groupes d'entendeurs de voix font appel à ces notions et s'appuient sur les savoirs expérientiels des usagers. Peu d'études scientifiques ont actuellement été réalisées concernant ces groupes. Les recherches en essais cliniques randomisés sont un réel défi pour évaluer les principes mêmes du Hearing Voices Movement.

Ce travail présente une synthèse de la littérature des groupes d'entendeurs de voix, un état des lieux, puis se penche sur les retours d'expériences du déploiement du dispositif en milieu carcéral, sur le Centre Pénitentiaire Lille-Annœullin et sur la Maison d'Arrêt de Beauvais.

Méthode : Nous avons réalisé une revue narrative de la littérature sur les groupes d'entendeurs de voix. Nous avons ensuite mené 2 entretiens semi-dirigés auprès de 2 psychiatres travaillant respectivement dans la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et dans la psychiatrie générale. Ils sont spécifiquement impliqués dans le déploiement du dispositif. Enfin, nous avons recueilli les retours d'expériences des 2 premiers sites français ayant développé le dispositif en milieu carcéral : le Centre Pénitentiaire de Lille-Annœullin et la Maison d'Arrêt de Beauvais.

Résultats : Les retours d'expérience des équipes ayant déployé le dispositif sur site sont globalement positifs.

La mise en place de ce dispositif nécessite en amont plusieurs étapes : une sensibilisation auprès des équipes (du milieu sanitaire et également de la pénitentiaire), une formation pour les facilitateurs, une co-construction des groupes avec des entendeurs de voix.

Des obstacles ont pu être rencontrés lors du déploiement des groupes sur site, liés aux spécificités du milieu carcéral, comme le manque de communication parfois avec les surveillants pénitentiaires, les protocoles propres à l'administration pénitentiaire (délai de 1 mois pour être autorisé à intégrer le groupe par exemple), la restriction des solutions pour faire face à l'entente de voix dans un milieu qui est fermé.

Par ailleurs, la mise en place des groupes ne peut se faire sans un portage institutionnel collectif.

Un des psychiatres suggère que, paradoxalement, c'est dans les milieux clos que les groupes sont plus facile à mettre en place. On le constate également avec les retours positifs des 2 sites.

Les entretiens semi-dirigés relatent l'importance d'une formation, destinée entre autre aux psychiatres et aux internes en psychiatrie, pour soutenir le déploiement du dispositif. Elle permettrait de faire connaître l'existence des groupes d'entendeurs de voix auprès des usagers.

Conclusion : Il semble que le dispositif des groupes d'entendeurs de voix soit pertinent au vu de la fréquence de l'entente de voix dans la population générale. Celui-ci semble d'autant plus pertinent en milieu carcéral, qui est un milieu fermé, hyper contraint, stressant pour les détenus et donc propice à l'émergence d'entente de voix. Les phases d'expérimentations des 2 premiers sites français proposant le dispositif en milieu carcéral sont globalement positives. Il serait cependant nécessaire de développer des études évaluant l'efficacité des groupes dans ces milieux, car il n'existe actuellement aucune donnée de la littérature sur ce sujet, qui tend à être plus connu et plus développé. La piste d'une formation pour les psychiatres et internes de psychiatrie, pour permettre la pérennisation du dispositif, est également intéressante. Elle permettrait la diffusion d'informations auprès des usagers.

Introduction

Il est de plus en plus reconnu que l'audition de la voix n'est ni un phénomène rare vécu uniquement par les « patients psychiatriques » ni un symptôme dénué de sens d'une « maladie mentale ». 10% de la population générale entendrait des voix. Les résultats soutiennent une compréhension de cette expérience comme se produisant sur un continuum dans la population générale et ayant un sens par rapport aux expériences de vie de l'auditeur ⁽⁴⁰⁾.

Peu d'études scientifiques ont actuellement été réalisées concernant les groupes d'entendeurs de voix. C'est un concept en pleine émergence.

Au cours d'un stage, j'ai eu la possibilité de visiter le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé, situé sur Hellemmes. Pendant cette visite, il m'a été proposé de travailler sur ces groupes pour la réalisation de mon travail de thèse. J'ai tout de suite accepté, étant donné que je ne connaissais pas du tout le dispositif. C'était l'opportunité pour moi d'apprendre encore. Je trouvais également intéressant l'idée de pouvoir explorer ces groupes en milieu carcéral, là où la stigmatisation est d'autant plus importante que les personnes sont à la fois détenues et donc hypercontraintes, et sujettes à certaines expériences comme l'entente de voix.

J'ai donc pensé ce travail dans le but de présenter les entendeurs de voix en milieu carcéral.

Dans cette présentation seront initialement exposés les concepts liés à l'émergence des groupes d'entendeurs de voix, avant de présenter le Hearing Voices Movement et les groupes.

Une synthèse de la littérature sera ensuite réalisée. Dans cette partie seront abordées les stratégies existantes en pratique pour faire face à l'entente de voix, suivi d'une revue narrative de la littérature portant essentiellement sur l'efficacité des groupes d'entendeurs de voix.

Enfin, nous évaluerons l'articulation des groupes d'entendeurs de voix dans la pratique psychiatrique en milieu ouvert, avec la réalisation d'une étude qualitative portant sur 2 entretiens semi-dirigés auprès de 2 psychiatres spécifiquement impliqués dans ce dispositif. Dans un second temps, les retours d'expériences des 2 premiers sites français proposant les groupes en milieu carcéral seront évoqués, avec le Centre Pénitentiaire de Lille-Annœullin et la Maison d'Arrêt de Beauvais.

Concepts liés à l'émergence des groupes d'entendeurs de voix

1. Pair-aidance

La notion de pair-aidance en santé mentale apparaît en France à la fin du XVIIIème siècle avec Philippe Pinel ⁽¹⁾.

C'est un peu plus tard, vers le milieu du XIXème siècle, que cette approche arrive aux Etats-Unis avec la mise en place de petits groupes d'anciens buveurs, dont le but est de se soutenir dans le maintien de l'abstinence. C'est dans ce contexte que sont créés les Alcooliques Anonymes, en 1935, à Akron, dans l'Ohio. Ils recensent aujourd'hui plus de 100 000 groupes dans 150 pays et comptent 2,2 millions d'adhérents ce qui en fait une des plus grosses associations au monde. Ils sont un exemple de pair-aidance et du savoir expérientiel.

En France, depuis 2005, se développent des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM), qui sont des espaces de vie où les personnes se retrouvent pour faire des rencontres, discuter, participer à des activités. Ces réunions favorisent l'inclusion sociale.

Depuis 2012, des professionnels de pair-aidance ont été formés et sont en poste dans des équipes médicales et médico-sociales. Les médiateurs de santé pair sont donc un exemple de pair-aidants. Il en existe plusieurs types, le niveau d'étude le plus élevé étant celui porté

par la formation des MSP, qui est une formation diplômante. Ces derniers vont utiliser leurs savoirs expérientiels pour accompagner leurs pairs vers le rétablissement, en se basant sur l'échange et la co-construction de ces savoirs ⁽²⁾.

Les groupes d'entraide sur l'entente de voix sont un exemple de pair-aidance.

2. Empowerment

À la fin des années 1980, aux Etats-Unis, Judi Chamberlin qui se définit comme « usager/survivant » de la psychiatrie, lance un appel à ses pairs pour revendiquer des systèmes d'accompagnement plus proches des besoins des usagers et la reconnaissance de l'apport de l'entraide mutuelle. Un combat politique est alors mené pour la réappropriation du pouvoir « par et pour » les usagers, le but de cette approche étant de ne plus mettre l'accent sur les symptômes, mais sur la possibilité de retrouver un sens à la vie, un projet de vie.

Un important réseau de santé communautaire géré par les usagers eux-mêmes s'organise alors dans la région de Boston en marge des systèmes de soin ⁽³⁾. Cette approche orientée rétablissement sera reprise par des mouvements de défense des droits des usagers, avec la création du mouvement « Psychiatric Survivors », pour relayer le vécu d'expériences négatives dans le système de soin traditionnel.

La déclaration de l'OMS (2010) sur l'empowerment des usagers en santé mentale « User empowerment in mental health - a statement by the WHO Regional Office for Europe » définit la notion d'empowerment et propose des actions selon cinq idées clés ⁽⁴⁾ :

- La protection des droits de l'homme et la lutte contre la discrimination et la stigmatisation
- L'assurance de la délivrance de soins de qualité et la surveillance des pratiques des services
- L'accessibilité à l'information et aux ressources financières
- La participation aux processus de décision

- La présence d'une organisation locale qui offre la possibilité d'avoir une voix dans les institutions et de gouverner les structures.

3. Rétablissement

Larry Davidson, psychologue et chercheur à l'université de Yale, nomme le concept de *recovery* issue du mouvement des usagers *being in recovery*, soit « être en rétablissement ». Cette approche du rétablissement se base sur l'idée que la personne va fixer ses propres objectifs en fonction de son projet de vie, de ses priorités. C'est le principe d'auto-assistance. Il est donc important d'intégrer le patient dans son environnement.

Le concept ne traduit pas le retour à un état antérieur mais plutôt un processus qui amène à un nouvel état d'équilibre : « *Le rétablissement est la reconquête de territoires perdus à la suite d'un problème de santé mentale et la découverte de ressources personnelles, souvent insoupçonnées, ouvrant de nouveaux horizons* ⁽⁵⁾ ».

Il n'est pas synonyme d'absence de symptômes, mais il se fait quand le patient n'est plus en crise. Il n'y a pas de rétablissement en milieu hospitalier.

Pour Bernard Pachoud, le rétablissement correspond à un mode de dégagement ou de sortie de la maladie mentale, ou du moins du statut de « malade mental ». Il ne caractérise pas l'évolution de la maladie, mais le devenir de la personne. C'est un processus de redéfinition du soi, pour ne plus être centré sur la maladie, ou déterminé par elle. Pour lui, c'est une prise de conscience de la maladie et de ses conséquences, et donc une forme de prise de distance à leur égard, au profit d'une focalisation sur des objectifs personnels et le souci de son propre devenir ⁽⁶⁾.

Les ESAT, par exemple, vont permettre le rétablissement, grâce à l'accompagnement par le travail qui va favoriser l'inclusion socioprofessionnelle.

Les notions de pair aideance et de rétablissement sont actuellement en pleine émergence en santé mentale. Elles s'intègrent dans le courant de la psychiatrie sociale, qui se présente comme une déconstruction des maladies en symptômes et propose des interventions centrées sur les plaintes et non plus sur les diagnostics. Les groupes d'entendeurs de voix illustrent bien ces approches.

Entendeurs de voix : le Hearing Voices Movement

1. Historique

Le Hearing Voices Movement est fondé en 1987 aux Pays-Bas ⁽⁷⁾ par Marius Romme avec l'aide de son associée, Sandra Escher. Marius Romme est un psychiatre chercheur à l'Université de Limburg à Maastricht aux Pays-Bas. Il va ensuite travailler à l'Université de Birmingham en Angleterre.

Ensemble, ils développent une manière différente d'appréhender les voix, chez une patiente de Marius Romme, nommée Patsy Hague, dont il a été posé le diagnostic de schizophrénie. Celle-ci résistait aux traitements conventionnels. Elle considérait ses voix comme réelles et s'est inspirée du travail réalisé par le psychologue américain Julian Jaynes pour développer certaines idées concernant l'entente de voix. Ce dernier aurait développé la théorie selon laquelle entendre des voix était commune à toute l'humanité jusqu'à 1300 avant JC et avant le développement de la langue écrite. Les entendeurs de voix d'aujourd'hui seraient les porteurs d'un résidu évolutif de cette époque ancienne ⁽⁸⁾.

Patsy entendait des voix depuis l'âge de 8 ans, à la suite d'une grave brûlure. Elle était convaincue que les voix n'étaient pas explicables par une maladie.

Marius Romme et Sandra Escher organisent un 1^{er} congrès d'entendeurs de voix le jour de Halloween 1987, animé par 20 personnes qui avaient réussi à développer des stratégies pour gérer leurs voix au quotidien ⁽⁹⁾.

La Fondation Résonance (Weerklank) ⁽¹⁰⁾ est créée aux Pays-Bas en 1988, suivi du 2^{ème} congrès sur l'entente de voix, permettant une rencontre entre les entendeurs de voix et les professionnels de santé mentale, l'occasion pour ces derniers d'entendre les points de vue de ceux qui vivent ces expériences.

Des groupes d'entraide se sont ensuite développés en Angleterre, dont le premier à Manchester (1988), ainsi qu'un réseau de ces groupes, le *Hearing Voices Network* (1990). Ils permettent d'accompagner les entendeurs de voix, ainsi que leurs familles, et les professionnels de la santé mentale.

En quelques années, il a été développé un réseau d'entraide et un mouvement international d'entendeurs de voix, initialement en Europe du Nord, puis qui s'est élargi à plusieurs pays. On compte plus de 450 groupes dans le monde actuellement.

L'*International Network for Training, Education and Research into Hearing Voices (Intervoice)*, réseau co-fondé par le Pr Romme et basé en Angleterre, est devenu une organisation non-gouvernementale à part entière, regroupant des psychiatres, des psychologues, des infirmiers et des entendeurs de voix. Il a pour but de coordonner plusieurs centaines de groupes locaux dans de nombreux pays.

2. Le Réseau français sur l'Entente de Voix

Le Réseau Français sur l'entente de voix (REV France) ⁽¹¹⁾ existe depuis 2011. Il est présidé par Vincent Demassiet, lui-même entendeur de voix.

Il est issu du Hearing Voices Movement, et recense une vingtaine de groupes d'entendeurs de voix dans toute la France.

Le REV se compose de professionnels et usagers de la psychiatrie, d'entendeurs de voix, qui travaillent ensemble dans des groupes d'entraide pour échanger et partager des expériences d'entente de voix, dans le but de développer des stratégies permettant de faire face à ces voix, comme ses homologues.

Le réseau met en place des réunions pour permettre d'aborder certains sujets tels que la notion de rétablissement en santé mentale. Il a pour objectif, entre autre, de sensibiliser les personnes (personnel soignant, usagers, grand public) aux voix grâce à des conférences, des formations, et d'offrir aux entendeurs de voix des espaces de paroles, sans tabou.

3. Un concept innovant

Les usagers partagent leurs expériences (entendre des voix, avoir des visions,...), avec l'idée principale que ces dernières ne soient pas considérées comme anormales, ou synonymes de maladie, mais que les difficultés rencontrées pour faire face à ces phénomènes puissent causer une grande détresse.

L'un des principes fondamentaux du Hearing Voices Movement est d'accepter que les voix puissent être réelles, et qu'elles ne sont pas, en soi, un signe de pathologie ou de maladie mentale.

Son but est de développer des stratégies pour faire face à ces expériences, qui sont souvent considérées comme porteuses de sens, et réactionnelles à des circonstances à la fois sociales, émotionnelles, et interpersonnelles ⁽³²⁾. Il se concentre sur le rétablissement personnel et social.

Les stratégies passent par la compréhension des voix, et notamment la confrontation aux expériences négatives du passé qui ont initialement conduit au développement de ces voix (expériences traumatisantes, négligences émotionnelles ⁽³⁶⁾), qui permet secondairement d'atténuer la détresse des entendeurs de voix.

Cela suggère que tout le monde peut vivre, à un moment donné de sa vie, cette expérience d'entente de voix. En effet, de nombreuses personnes qui entendent des voix ne présentent pas de symptômes pouvant conduire à un diagnostic de maladie mentale, et n'ont pas eu besoin de recourir à des services psychiatriques.

Cette conception permet entre autre de lutter contre la stigmatisation et d'augmenter l'estime de soi, plutôt que des explications qui seraient basées sur un diagnostic, une maladie, et donc sur le caractère pathologique des phénomènes.

Ils répondent à la notion de double expertise. L'entendeur de voix devient expert par l'expérience, et il bénéficie également de l'expertise des soignants par leur savoir.

4. Déroulement des séances

4.1. Pré-requis

Tous les animateurs sont encouragés à suivre initialement une formation par le HVN. Lors des séances, il est recommandé d'utiliser un langage courant, non médicalisé. La participation est toujours volontaire et il y a parfois des sessions ouvertes au cours desquelles les membres de la famille ou d'autres proches peuvent également participer.

Le soutien social est une composante majeure des groupes et les membres sont encouragés à développer des relations sociales les uns avec les autres en dehors du groupe. En effet, avant d'assister à des groupes pour la première fois, les personnes peuvent avoir été isolées, du moins en partie parce qu'elles ne sentaient pas qu'elles pouvaient parler des voix qu'elles entendaient.

Le sentiment d'appartenir à une «fraternité» permet d'aider les membres à retrouver une identité, dans un environnement social inclusif et sans jugement. Les groupes «normalisent» l'expérience de l'audition de la voix.

4.2. Sujets abordés

Bien que le contenu de chaque groupe puisse différer, on retrouve des sujets communs comme le partage d'expériences, l'échange de stratégies pour faire face aux voix douloureuses et la discussion collective.

Les entendeurs discutent de la pertinence des voix qu'ils entendent et de leurs liens avec des événements passés, qui sont souvent traumatisants, passant de la perception de ces voix comme un symptôme de maladie mentale grave à l'acceptation du fait que les voix essaient peut-être de communiquer des informations importantes pour eux.

C'est l'occasion de partager des histoires de rétablissement.

On trouve actuellement 5 Voices Clinics : la Sussex Voices Clinic au Royaume-Uni, la Voices Clinic d'Utrecht aux Pays-Bas, la Consultation Hallucinations et Expériences Supra-Sensorielles de Lille en France (CHESS), la Voices Clinic de Perth et la Voices Clinic de Melbourne en Australie.

Ils ont pour buts principaux d'améliorer la compréhension des expériences hallucinatoires et la prise en charge globale des patients vivant ces expériences, en facilitant entre autre l'accès aux thérapies centrées sur les hallucinations.

Les Voices Clinics sont en lien étroit avec le Hearing Voices et s'appuient sur les données actuelles concernant l'entente de voix et les méthodes de prise en charge des expériences hallucinatoires qui ont fait leurs preuves.

Ils sont supervisés soit par des psychologues, soit par des médecins psychiatres. Dans tous les cas, il n'y a pas de diagnostic pré-requis pour pouvoir bénéficier d'un suivi.

L'évaluation va permettre de discuter et de définir avec le patient les options thérapeutiques envisagées selon les éléments cliniques retrouvés.

Cette dernière décennie a montré un intérêt croissant pour l'exploration d'approches cliniques qui peuvent être complémentaires aux médicaments, ou quand les voix sont réfractaires à une intervention pharmacologique et que les traitements ne suffisent plus.

État des lieux des pratiques et synthèse de la littérature

1. Stratégies cliniques pour faire face à l'entente de voix au quotidien

1.1. Stratégies cliniques les plus courantes proposées par les professionnels⁽¹²⁾

Les différentes approches proposées ci-après ciblent essentiellement les hallucinations auditives, mais elles peuvent également être proposées pour faire face à d'autres expériences, comme la consultation CHESS du Pr Jardri au CHU de Lille qui cible toutes les hallucinations.

a. Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

La TCC peut se faire en individuel ou en groupe. Elle a pour but d'aider l'auditeur à développer des croyances plus adaptatives et moins pénibles à propos des voix. En effet, on retrouve des relations très disparates chez les auditeurs (la peur, la résistance par exemple), qui sont le reflet de différences dans les croyances avec leurs voix. Les croyances concernant l'identité et la signification de la voix conduisent à une interprétation des voix comme « bienveillante » ou « malveillante », mais elles ne sont pas toujours liées au contenu vocal.

L'auditeur va créer une formulation individualisée sur la signification des voix, en lien avec ses expériences de vie ⁽¹³⁾.

La TCC s'est avérée efficace dans la réduction globale des symptômes psychotiques sévères et persistants (notamment de l'activité vocale), grâce à une diminution importante de la conviction des croyances associée à un comportement plus adaptatif ⁽¹⁴⁾.

Elle a également montré des changements positifs significatifs dans les croyances, ainsi qu'une tendance à la réduction des réactions négatives des voix. Ces changements

n'étaient pas fonction du fonctionnement cognitif prémorbide et la durée du traitement n'affectaient pas les croyances ou la détresse associée aux voix ⁽¹⁵⁾.

b. Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) est une approche basée sur l'acceptation et la pleine conscience . Elle se concentre sur la modification de la relation de l'auditeur avec ses voix, pour qu'elles puissent être utiles plutôt que pénibles, en mettant l'accent sur l'acceptation plutôt que le contrôle des symptômes. Elle favorise l'autonomisation et la capacité de décider de se conformer ou non aux ordres des voix.

Cette approche a montré une efficacité significative à court terme de l'ACT dans le traitement de la psychose chez des patients (qui étaient hospitalisés en psychiatrie) en sortie d'hospitalisation, en termes de symptômes affectifs, d'amélioration globale, de déficience sociale et de détresse associée aux hallucinations ⁽¹⁶⁾. Il a également été constaté une amélioration cliniquement significative des symptômes à la sortie d'hospitalisation.

Il existe également des preuves que l'ACT est efficace sur la dépression, l'anxiété et les hallucinations observées dans les troubles psychotiques ⁽¹⁷⁾.

c. Traitement intégratif axé sur les hallucinations (HIT)

Cette intervention intègre la psychoéducation, la thérapie familiale, les médicaments, la TCC, la formation aux habiletés d'adaptation, les entretiens motivationnels et la rééducation pour réduire les hallucinations auditives.

Il implique que le thérapeute accepte que les voix sont «réelles» pour l'auditeur, quelle que soit la façon dont il comprend leur cause ou leur nature.

Un essai contrôlé randomisé a été fait sur des patients schizophrènes souffrant d'entente de voix, centré sur le traitement intégratif axé sur les hallucinations, en comparaison à des « soins de routine », évaluant la qualité de vie, initialement puis à 9 mois et à 12 mois de la

thérapie. Cette étude suggère une amélioration significative de la qualité de vie, en faveur du traitement intégratif ⁽¹⁸⁾.

Une autre étude montre que le TIH semble être une stratégie de traitement efficace avec des effets durables pour les patients entendants des voix et réfractaires au traitement ⁽¹⁹⁾.

d. Technique de formation à l'attention en thérapie métacognitive (ATT)

Cette technique a été appliquée dans le traitement de plusieurs troubles psychiatriques.

Selon ce modèle, la perception de l'auditeur que les voix soient incontrôlables est dû au fait que la personne verrouille son attention sur ces expériences.

L'idée est de se décentrer des voix en se concentrant sur des stimuli auditifs neutres à un moment donné (par exemple, le bourdonnement d'un système de chauffage ou de refroidissement, le bruit de la circulation). Ensuite, l'auditeur s'exerce à écouter tous les stimuli simultanément. Le nombre de sons peut varier mais le paramètre important est qu'il y ait suffisamment de sons pour rendre la tâche difficile (dans le but de charger l'attention). Une règle empirique consiste à dire qu'il faut un minimum de 6 sons comme point de départ ⁽²⁰⁾.

Cette technique entraîne une réduction des symptômes. Elle permet un contrôle et une maîtrise des hallucinations auditives. Elle peut être une stratégie d'appoint utile dans le traitement de symptômes psychotiques spécifiques ⁽²¹⁾.

e. Relating Therapy

Elle met l'accent sur l'acceptation des voix, et remet en question le pouvoir des voix.

On fait valoir que le pouvoir peut basculer entre une personne et sa voix, tout comme il peut y avoir un changement de pouvoir dans les relations sociales.

C'est une combinaison de la théorie des relations de Birtchnell, de la thérapie cognitive selon Chadwick, et de la thérapie cognitive pour les «hallucinations de commande» développées par Bryne et ses collègues ⁽²²⁾.

La théorie de Birtchnell suggère que la relation et l'interdépendance se produisent sur deux axes orthogonaux : un axe horizontal de « proximité » caractérisé à chaque extrémité polaire par « proche » et « éloigné » et un axe vertical de « puissance » « supérieure » et « inférieure ». Par exemple, la « proximité » est motivée par un besoin d'atteindre la proximité et l'implication avec l'autre, alors que l'état de « supériorité » cherche à obtenir un avantage et un pouvoir sur l'autre ⁽²³⁾.

Selon Chadwick, les croyances vocales représentent une tentative de compréhension des voix qui ne peut pas se faire en se référant uniquement à la forme/au contenu des voix ⁽²⁴⁾.

f. Approches informatisées et Distraction

L'approche informatisée, développée par Leff, consiste à développer un système informatisé permettant au patient de créer un avatar de son persécuteur (dans le cadre d'entente de voix à type de persécution). Il a pour but d'inciter la personne à engager un dialogue avec l'avatar, que le thérapeute est capable de contrôler pour que le patient prenne progressivement le contrôle sur l'avatar.

Cette approche informatisée contribue à la diminution de l'entente de voix, associée à une réduction de la puissance et de la malveillance des voix ^{(25) (26)}.

Les techniques de distraction telles que l'écoute de la musique, la lecture et le comptage secret, peuvent également être utilisées, mais sont peu susceptibles de produire des changements durables, et demandent beaucoup d'énergie pour dévier les voix.

1.2. Stratégies développées par les usagers eux-mêmes

La plupart des entendeurs de voix initient naturellement des stratégies pour faire face à ce qui leur arrive, avec plus ou moins de succès.

Pour Marius Romme ⁽²⁷⁾, une des stratégies les plus fructueuses pour faire face aux voix est de sélectionner uniquement les voix positives et ne communiquer qu'avec elles, en essayant

de les comprendre. Une autre stratégie serait le « drawing limits », « structuring the contact », accompagnée ou non d'actes rituels ou répétés.

Il faut pouvoir questionner la signification de la voix, sa convivialité ou son hostilité, ses messages, le degré d'interférence ou de rejet de la voix comme interne et faisant partie de soi, ou externe et étrangère, la nature de la voix (psychologique, médicale, spirituelle, ou la personnification de quelqu'un d'autre). Dans son étude, Romme suggère que la personne réussit à faire face à ses voix quand elle accepte que la voix fasse partie du moi, et que les voix sont plus hostiles quand elles sont ignorées, ou qu'elles ne sont pas intégrées comme faisant partie du moi.

Pour lui, les solutions seraient, entre autre, d'essayer de comprendre les différents langages utilisés par les personnes pour décrire leur cadre de référence (ex : lumière et ombre pour parler d'amour et d'agression) et d'aider l'individu à communiquer avec ses voix (différencier les voix positives et les voix négatives par exemple).

Pour améliorer le contrôle et l'acceptation des voix, les professionnels peuvent être initiés à différentes méthodes dans le cadre ou en dehors des groupes d'entendeurs de voix.

a. Le questionnaire de Maastricht

Le Maastricht Hearing Voices Interview, développée par Romme et Escher, est un outil structuré de collecte d'informations qui offre aux auditeurs la possibilité d'explorer leurs expériences d'entente de voix. Il permet de dresser l'historique des voix, ses caractéristiques,... et a pour but de mieux les comprendre en aidant les gens à donner un sens à leur voix et à s'identifier à elle.

Cet outil se compose de 12 items ⁽²⁸⁾ :

- 1- la nature de l'expérience d'audition de la voix ;
- 2- les caractéristiques des voix ;

- 3- l'histoire personnelle de l'audition de la voix ;
- 4- les déclencheurs vocaux ;
- 5- le contenu des voix ;
- 6- les explications sur l'origine des voix ;
- 7- l'impact des voix sur le mode de vie de la personne ;
- 8- l'équilibre des pouvoirs dans la relation que la personne entretient avec les voix ;
- 9- les stratégies d'adaptation ;
- 10- les expériences dans l'enfance ;
- 11- l'historique des traitements ;
- 12- le réseau social.

Le facilitateur va ensuite rédiger un rapport résumant les informations recueillies, et les présenter à l'auditeur dans le but de les commenter. Une collaboration se fait entre le thérapeute / facilitateur et l'auditeur de la voix afin de mieux comprendre le rôle de la voix dans la vie de l'entendeur.

Il en découle ensuite 3 objectifs :

- Identifier les aspects des voix qui interfèrent le plus avec la vie de la personne et choisir et utiliser une stratégie pour traiter ces aspects ;
- Mettre en œuvre des moyens alternatifs de gérer les émotions difficiles ;
- Traiter les événements indésirables de la vie qui sont difficiles à accepter, souvent de nature traumatisante ⁽²⁹⁾.

b. « Talking with Voices »

Cette approche a été développée par Corstens, Longden et May ⁽³⁰⁾.

Elle s'inspire d'une position clinique/conceptuelle croissante selon laquelle les voix, au moins pour certains individus, peuvent être comprises comme des parties dissociées du soi

qui remplissent une fonction de protection en indiquant les vulnérabilités sociales et émotionnelles. Dans ce contexte, les voix peuvent être considérées comme une expérience dialogique, qui fournit donc un cadre pour s'engager verbalement avec elles comme moyen possible de réduire les conflits et de promouvoir un processus de compréhension et de réconciliation ⁽³¹⁾.

C'est une technique de dialogue qui est similaire à Maastricht Hearing Voices interview, mais plus courte.

Cette intervention vise à développer une relation plus constructive avec les voix, en réduisant son hostilité, en favorisant la coopération et la communication, et en fournissant une prise de conscience accrue du rôle protecteur des voix.

Ces 2 approches sont utilisées dans le cadre d'un plan de soins axé sur le rétablissement de l'auditeur, qui va développer plus d'appropriation et de contrôle sur l'expérience d'entente de voix, en essayant de comprendre le motif que les voix ont d'interagir avec la personne de manière pénible ou négative, pour améliorer la vie de la personne.

On peut retrouver également d'autres approches, qui peuvent être des approches individuelles comme le journal intime. Il y a ensuite les stratégies d'adaptation avec les mécanismes de coping. La pair-aidance comme le GEM (cf supra) peut être un outil,... la liste est non exhaustive.

2. Synthèse de la littérature : évaluation des groupes d'entendeurs de voix

Cette revue de la littérature narrative porte sur les articles évaluant essentiellement l'efficacité des groupes d'entendeurs de voix. La sélection de ces articles a été permise grâce à la base de données Pubmed et aux sites que j'ai pu découvrir tout au long de mon travail de thèse.

Pour se faire, les mots clés suivants ont été utilisés: « Hearing Voices groups », « Hearing Voices Networks », « Hearing Voices Movement ».

Les conclusions des articles devenant similaires au fur et à mesure des recherches, ce n'est ici qu'une sélection des articles existants dans la littérature. La liste n'est donc pas exhaustive.

Cependant, il a été tout de même constaté que les études restent très limitées pour le moment, et qu'aucun essai contrôlé randomisé n'a été effectué à ma connaissance.

Par ailleurs, la base de données Pubmed ne permet pas de retrouver de littérature spécifique sur le milieu carcéral à ce jour.

« Hearing Voices⁽²⁷⁾ » :

Le premier article à articuler la pratique et la philosophie du Hearing Voices Movement a été publié en 1989 par Romme et Escher. Ils ont invité 20 entendeurs de voix non patients à partager les stratégies qui leur ont permis de faire face aux voix.

Romme et Escher ont conclu que réduire l'entente de voix à un simple phénomène pathologique n'était pas toujours bénéfique pour aider les gens à apprendre à gérer leur voix au quotidien. Ils recommandaient d'essayer de comprendre le cadre de référence de l'auditeur, de l'aider à changer sa relation avec la voix et de promouvoir le rôle précieux du soutien par les pairs pour réduire l'isolement social et la stigmatisation.

Pour les entendeurs, c'est une alternative attrayante ou un complément aux approches psychiatriques traditionnelles.

« Towards a definition of “hearing voices”: a phenomenological approach⁽³⁴⁾ » :

Vanessa Beavan a réalisé une étude sur 50 entendeurs de voix en population générale. Ils ont participé à des entretiens semi-dirigés dans le but d'explorer leur expérience auditive.

L'analyse thématique a révélé cinq caractéristiques essentielles concernant l'entente de voix:

- Le contenu des voix est personnellement significatif pour l'entendeur, qu'il soit positif ou négatif. Il est généralement en lien avec les relations interpersonnelles et les pensées de l'auditeur ;

- Les voix ont une identité caractérisée, comme un membre de la famille par exemple ;

- Il est établit une relation avec ses voix, qui peut évoluer dans le temps ;

- L'entente de voix peut avoir un impact significatif sur la vie de l'auditeur, qu'il soit positif ou négatif ;

- L'expérience est vécu comme une réalité pour la personne

« Emerging perspectives from the hearing voices movement: implications for research and practice ⁽³²⁾ » :

Cet article, rédigé entre autre par Dirk Corstens et Eleanor Longden, examine les implications du Hearing Voices Movement pour la recherche et la pratique en relation avec l'entendeur de voix.

Il a été recueilli un soutien empirique au cours des 10 dernières années concernant les nombreuses hypothèses de base du Hearing Voices Movement. On retrouve entre autre :

- La preuve d'un modèle continu de voix et d'expériences similaires ;

- Une association importante entre les voix et les événements traumatiques ;

- La suggestion que le contenu vocal est psychologiquement significatif;

- La découverte que des suppressions émotionnelles importantes sont associées à des expériences auditives plus fréquentes et plus pénibles ;

- La similitude des caractéristiques structurelles de la voix entre les patients psychotiques, les patients non psychotiques et les groupes non cliniques.

Les auteurs suggèrent que l'implication des entendeurs de voix dans la recherche et une plus grande utilisation des approches narratives et qualitatives sont essentielles.

« Piloting a Hearing Voices Group in a High Secure Psychiatric Setting ⁽³³⁾ » :

Slater a réalisé une étude pilote en 2009 sur des groupes d'entendeurs de voix dans un service de psychiatrie hautement sécurisé, à l'hôpital de Rampton, en Angleterre.

Cette étude a présenté lors du congrès mondial du Hearing Voices en novembre 2010, avec la contribution de Jacqui Dillon, Peter Bullimore, Andy Benn, et Hannah Jones.

L'hôpital héberge 121 patients, dont la majorité ont été condamnés pour une infraction grave avec violence, généralement consécutive à leurs expériences de santé mentale. La plupart des patients ont des antécédents de maladie chronique sans suivi psychiatrique.

Tous les patients sont hospitalisés sans consentement en vertu de la loi sur la santé mentale.

Le but de cette étude était de questionner les participants pour connaître leur opinion sur l'impact du groupe d'entendeur de voix.

Les entretiens étaient semi-structurés. Dans les personnes interrogées, on retrouvait 8 patients, 8 infirmières, 4 psychologues et 6 cliniciens. Ces entretiens ont été réalisés en novembre et décembre 2009. 1 patient a finalement refusé de participer au questionnaire. Il a donc été recueilli 25 entretiens au total. Un examinateur indépendant analysait les résultats.

Les retours des participants étaient positifs :

- Valorisation et écoute des entendeurs de voix ;
- Mieux-être ;
- Un partage utile des stratégies pour faire face aux voix ;
- Retour d'expérience positif, notamment concernant l'utilisation des médicaments ;
- Amélioration des relations avec les voix ;
- Sentiment d'être moins seul, rassuré de vivre des expériences similaires ;

- Moins isolé, amélioration de l'estime de soi, amélioration de la confiance en soi ;
- Retours d'expériences d'autre entendeurs qui donne de l'espoir.

Les limites de cette études étaient que certains participants étaient responsables de patients, conduisant à un biais potentiel. L'analyse qualitative n'a pas été validée par un deuxième évaluateur indépendant, et il n'y avait pas suffisamment de données pour faire une analyse thématique.

« “Lifting the veil”: a qualitative analysis of experiences in hearing voices network groups ⁽³⁵⁾ » :

Oakland et Berry ont réalisé cette étude qualitative dans le but d'étudier les expériences des participants aux groupe Hearing Voices.

11 participants ont été interrogés : des hommes, des femmes, des facilitateurs et des non-facilitateurs, et des personnes ayant des participations de durées différentes dans le groupe.

Ces 11 participants ont été recrutés par des facilitateurs, qui étaient éligibles à l'étude s'ils fréquentaient régulièrement un groupe HVN, sans diagnostic posé par ailleurs.

3 groupes d'entendeurs de voix ont été étudiés, tous situés au Royaume Uni.

Les entretiens étaient semi-structurés (élaborés en collaboration avec 2 administrateurs du HVN), transcrits et analysés par thématique. 5 thèmes étaient ciblés : la découverte (relative à la découverte initiale du groupe), la structure du groupe (de qui est composé le groupe), l'acceptation (reflétant l'acceptation de leur expérience), l'espoir, les avantages collectifs dérivés du groupe.

La découverte du groupe s'est faite la plupart du temps par un professionnel de santé, et a suscité un sentiment d'espoir d'apprendre des expériences des autres. Ils ont tous Ont tous ressenti de l'anxiété lorsqu'ils ont assisté pour la première fois au groupe. Pour faire face à cette anxiété, ils se rappelaient les avantages potentiels d'assister aux groupes, qui l'emportaient sur les inquiétudes initiales.

Concernant les personnes qui animent le groupe, des participants ont estimé qu'il était plus difficile de parler ouvertement aux professionnels, de peur qu'il n'y ait de confidentialité, ou que le traitement soit modifié. Un participant l'a attribué au fait d'un déséquilibre de pouvoir entre le professionnel et l'entendeur de voix.

D'autres résultats ont montré que les groupes favorisaient le sentiment d'acceptation pour les membres, et donc de l'estime de soi, en développant notamment des réseaux sociaux en dehors du groupe.

Le fait d'observer les capacités des autres à gérer leurs expériences a aidé les participants du groupe à croire que la guérison était possible.

Pour les participants, les avantages du groupe étaient:

- Pouvoir parler dans un endroit où on peut explorer les expériences en profondeur ;
- Conseils sur les stratégies d'adaptation tirées de l'expérience personnelle ;
- Impact sur la perception qu'ont les individus de leur capacité à gérer et à se sentir dans le contrôle face à leurs voix, qui favorise également l'estime de soi ;
- Accroissement du sentiment de contrôle et d'autonomisation des participants, avec changement de leur vision d'eux-mêmes en tant que personne.

Pour Oakland et Berry, la solution pourrait être la co-facilitation entre un facilitateur professionnel et un président d'entente de voix ou un pair facilitateur.

« **A review of hearing voices groups: Evidence and mechanisms of change** ⁽³⁸⁾ » :

Cette étude a été réalisée dans le but d'évaluer les preuves actuelles pour différents types de groupes d'entendeurs de voix ainsi que les preuves qualitatives et quantitatives des prédicteurs et mécanismes de changement possibles au sein des HVG.

Une recherche électronique de cinq bases de données a été effectuée (PsychINFO, Web of Science, Ovid MEDLINE, EMBASE et CINAHL).

25 articles sont ressortis, décrivant ou évaluant un groupe Hearing Voices. Trois autres articles ont été inclus, décrivant des ECR pour le traitement de groupe de la psychose qui ciblaient spécifiquement les voix, donnant un total de 28 articles à examiner.

Les approches se répartissaient en 4 catégories : groupes de soutien non structurés et ouverts, groupes de résolution de problèmes et de formation aux compétences, groupes TCC et groupes de pleine conscience.

Pour les groupes de soutien non structurés et ouverts, on retrouvait 3 articles. Pour l'un des articles, l'étude concluait à une diminution de la fréquence et de la durée des hospitalisations et une diminution de la puissance des voix après avoir participé au groupe, avec cependant un niveau de preuve faible. Des études contrôlées sont donc nécessaires pour que cette approche puisse être recommandée au sein des services de santé mentale.

Pour la deuxième catégorie, 6 articles ont été récupérés. Il existe des améliorations significatives sur tous les éléments de la topographie vocale, à l'exception de l'intensité sonore. L'anxiété et la dépression étaient également améliorées. Ces améliorations étaient maintenues à 12 mois de suivi sauf pour la détresse et la dépression, ce qui suggère que le groupe lui-même est nécessaire pour maintenir ces changements. Une approche sur mesure peut également réduire les hallucinations de commande.

Les articles auraient un niveau de preuve plus important d'après les auteurs. Cependant, l'absence d'une étude contrôlée limite considérablement l'utilité de la recherche et un ECR est nécessaire pour déclarer l'approche efficace.

Pour les groupes TCC, 13 articles ont été sélectionnés. L'omnipotence et le contrôle de la voix perçus ont tous deux diminué de manière significative après le traitement, réduction des croyances pénibles, changements positifs dans la détresse, l'estime de soi et les croyances. Parmi les articles, 3 étaient des essais contrôlés randomisés. Les résultats des essais les plus vastes et les plus rigoureux suggèrent que la TCC de groupe pour les voix peut améliorer le comportement social et les symptômes généraux. Il existe des preuves

qu'il peut réduire les croyances sur le pouvoir des voix et augmenter les stratégies d'adaptation. Les preuves étaient mitigées quant à l'amélioration de l'estime de soi, de la détresse et de la fréquence de la voix. De plus, de nombreux résultats positifs ont été réduits ou éliminés lors de la comparaison de la TCC à un contrôle de traitement actif.

Enfin, pour les groupes de pleine conscience, l'article a montré qu'il n'y avait aucune preuve bénéfique.

La conclusion de cet article est qu'il faudrait mettre en place un essai contrôlé randomisé pour évaluer l'efficacité des groupes Hearing Voices Network.

Concernant les études quantitatives sur les mécanismes de changement, les preuves actuelles suggèrent que des modifications dans les croyances, tels que le pouvoir perçu de la voix ou le contrôle de leur voix, peuvent réduire la détresse, peut-être en influençant la façon dont ils se rapportent à leur voix. Les croyances et les stratégies d'adaptation semblent des cibles importantes pour la détresse.

Pour ce qui est des études qualitatives sur les mécanismes de changement, les membres du groupe appréciaient l'environnement sécurisant, la réduction de l'isolement social et la normalisation de l'entente de voix. La convivialité, la tolérance, le partage de nouvelles stratégies d'adaptation, l'écoute, les conseils étaient également appréciés. Seulement, la validité méthodologique des études semble faible.

Les thèmes « sécurité » et « normalisation » sont des avantages bien documentés de la thérapie de groupe. Il n'y a cependant aucune étude quantitative qui a travaillé sur les effets de la « sécurité » et la « normalisation » dans les changements des croyances, des stratégies d'adaptation ou de la détresse.

Pour conclure, les auteurs suggèrent qu'il faut une connaissance plus explicite de la manière dont les HVG contribuent au rétablissement global des usagers, même si les résultats sont plutôt positifs avec des facteurs qui plaident déjà en faveur de leur inclusion dans les services traditionnels.

« **Assessing the Impact and Effectiveness of Hearing Voices Network Self-Help Groups⁽³⁹⁾** » :

Cette première étude quantitative des groupes d'entraide HVN a été réalisée par Eleanor Longden, John Read et Jaqui Dillon. Elle a pour but d'évaluer les perceptions des membres de l'impact et de l'efficacité des groupes. Un questionnaire personnalisé de 45 éléments, le Hearing Voices Groups Survey (conçu spécifiquement pour l'étude), a été envoyé à 62 groupes affiliés au HVN anglais. Le questionnaire contenait les sections suivantes : détails démographiques (six éléments) ; format de groupe (six éléments); expériences des participants au sein du groupe (11 items); l'impact de l'adhésion sur la vie hors groupe (12 items ; sept sociaux/professionnels, cinq cliniques) ; et l'effet du groupe sur le bien-être émotionnel (cinq éléments).

101 réponses ont été reçues.

On retrouvait des résultats positifs, à la fois sur le plan émotionnel, social et sur les éléments cliniques. Cependant, concernant la consommation de médicaments, la participation au groupe n'a fait aucune différence en moyenne.

Les aspects appréciés par les participants comprenaient : la rencontre avec d'autres entendeurs de voix, le soutien non disponible ailleurs, et le fait que le groupe puisse être un endroit sécurisant et confidentiel pour discuter.

Il n'y avait pas de différences significatives dans les scores totaux entre les femmes et les hommes. Il n'y avait pas non plus de différences significatives de satisfaction entre les groupes qui n'avaient que des entendeurs de voix comme facilitateurs, uniquement des professionnels de la santé mentale comme facilitateurs, ou entendeurs de voix et professionnels co-facilitateur. Il n'y avait pas non plus de différences significatives de satisfaction en fonction de la durée d'adhésion au groupe.

D'après les participants, les groupes HVN faciliteraient les processus de rétablissement et seraient un outil important pour les aider à faire face à leurs expériences.

Les résultats montrent également l'effet positif de la contribution interpersonnelle des professionnels de la santé mentale en tant qu'animateurs ou co-animateurs de groupe. Cela est à son tour conforme à l'éthique du mouvement Hearing Voices, qui a toujours souligné l'importance de développer une alliance, un partenariat et une coopération positive entre les experts par expérience (entendeurs de voix et leurs familles) et les experts par profession. Les auteurs suggèrent que la collaboration dans un groupe peut aider les professionnels de santé à acquérir des connaissances et à gagner en confiance pour soutenir les entendeurs de voix. Cette collaboration permettrait également d'améliorer leur pratique avec ces approches axées sur la psychiatrie sociale.

Les groupes HVN peuvent également offrir un soutien supplémentaire aux usagers qui seraient déçus par les services psychiatriques traditionnels ou pour qui les traitements pharmacologiques ou psychologiques disponibles se sont révélés inefficaces.

Articulation des groupes d'entendeurs en pratique psychiatrique et en milieu carcéral

Initialement, le travail de recherche prévoyait 4 entretiens semi-dirigés. Le premier devait questionner Vincent Demassiet, président du REV. Le second concernait la formation dont David Koscianski, un capitaine au Centre pénitentiaire d'Annœullin, a bénéficié sur les entendeurs de voix. Malheureusement, nos demandes d'entretien sont restées sans réponse.

Une approche qualitative a pu être réalisée auprès de 2 psychiatres concernant le dispositif. Les entretiens étaient semi-dirigés (Cf. Annexe 1). Ils ont été enregistrés avec un dictaphone, pour permettre dans un second temps leur retranscription.

Le premier entretien a été réalisé par téléphone, avec Professeur Renaud Jardri, le 23 mars 2021. Il est Professeur des Universités et Praticien Hospitalier dans le service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du Centre Hospitalier Universitaire de Lille, et

également chef de service de Psychiatrie périnatale. Il coordonne l'option Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du DES de Psychiatrie de la faculté de médecine de Lille. Ses travaux portent, entre autre, sur la compréhension, l'évaluation et la prise en charge des expériences hallucinatoires, en utilisant des outils issus de la psychologie développementale et cognitive, de l'épidémiologie, de l'imagerie cérébrale et de la modélisation computationnelle.

Le deuxième entretien a été réalisé en visioconférence le 19 avril 2021 avec Dr Patrick Lecardinal, psychiatre au Centre Hospitalier Spécialisé de la Savoie à Chambéry sur le secteur d'Aix-les-Bains. Il est également membre du comité de recherche du réseau Intervoice depuis 2013-2014. Il était initialement médecin généraliste, et a fait son mémoire de DU de psychiatrie sur « Engagement associatif et résilience » avec Jean-Luc Roelandt. Il a travaillé au Centre Collaborateur de l'OMS à Lille, pendant 8ans, en tant que chargé de mission sur la mise en place et l'évaluation du programme Médiateur de Santé-Pairs. Il a également travaillé au 59G21 pendant 10 ans.

1. Approche qualitative : entretiens semi-dirigés auprès de 2 psychiatres

1.1. Entretien avec Pr Jardri

Quand le Professeur JARDRI a commencé à s'intéresser aux hallucinations, il a participé à des réunions dans le cadre de réseaux internationaux, qui lui ont permis de découvrir le mouvement international, avant de découvrir le REV en France.

Il a pu constater que le réseau est plus « militant à l'international ». que le réseau français, donc les interactions peuvent être différentes de ce qu'on peut avoir en France avec Vincent Demassiet (qui est le président du REV).

Pour Pr Jardri, le lien entre le réseau français sur l'entente de voix et la psychiatrie est une question de rencontre entre personnes. Il y a par exemple des secteurs qui se sont intéressés très tôt à l'entente de voix, avec des liens qui se sont faits assez spontanément.

a. Outils pour les populations plus jeunes

Sur Lille, on peut trouver le dispositif CHESS qui s'occupe des enfants et des adolescents. Le REV est réservé aux personnes adultes. Il n'y a pas d'adolescents dans ces groupes, mais ça existe dans les pays anglo-saxons.

Concernant le dispositif CHESS, il est utilisé la technique de thérapie de groupe « Accept Voices », qui n'a pas du tout les mêmes objectifs que les groupes d'entraide des entendeurs de voix, mais qui reste une approche groupale pour les enfants et adolescents, qui n'arrivent pas forcément à parler à leurs pairs de leurs expériences. Ce sont des groupes fermés de 6 séances (une fois que la personne a débuté, elle reste dans le groupe). Il y a, en moyenne, entre 4 et 8 adolescents par groupe.

Les groupes Accept Voices ont pour objectifs, entre autre, de favoriser l'empowerment, déstigmatiser, « normaliser » certaines expériences et enfin faciliter l'engagement dans le soin. Les objectifs sont pour certains communs aux objectifs des groupes d'entraide.

Il serait intéressant pour lui de développer des groupes pour les plus jeunes, avec l'idée que les groupes d'entraide doivent tout de même faire intervenir des professionnels « ce qui n'est pas forcément partagé par tous ». « C'est des groupes, quand même, qu'il faut pouvoir canaliser », d'autant plus pour les enfants et les adolescents.

Pouvoir « le faire en partenariat, par exemple avec le REV, ça serait super. Mais par contre il faut qu'on puisse être impliqué avec notre expertise ».

b. Avantages du dispositif

L'objectif principal du Hearing Voices Movement à travers les groupes d'entendeurs de voix est de faire prendre conscience aux personnes qu'elles peuvent y arriver, en rencontrant des patients qui ont réussi à dépasser l'état dans lequel peut être eux se trouvent aujourd'hui. Les groupes permettent de valoriser l'expertise par l'expérience des usagers, à côté de l'expertise par le savoir que les soignants peuvent détenir. C'est une « double expertise ».

Le patient va se dire « qu'on peut aussi être aidé par quelqu'un qui a su s'en sortir », et va pouvoir s'identifier à cette personne. Le soignant « n'est pas le seul à détenir un savoir qui permette de sortir de ces situations ».

Le pair aidant va aider le patient à confectionner sa propre boîte à outil, pour gérer l'entente de voix au quotidien.

c. Limites des groupes d'entendeurs de voix

Il n'y a pas beaucoup de recul pour les enfants, ce qui peut limiter aujourd'hui le développement de ces groupes pour les plus jeunes.

De manière générale, une des difficultés est d'avoir des entendeurs de voix formés, « capable de tenir un groupe de ce type-là ». Pour Pr Jardri, cela limiterait l'ouverture d'un groupe d'entraide sur chaque secteur.

« Il faut avant tout trouver la personne qui a réussi à dépasser finalement le statut de « malade » pour pouvoir être prêt à rentrer dans de la pair aidance », pour que la personne puisse redonner ce qu'elle a reçu, et s'engager dans quelque chose de régulier, pour qu'un groupe puisse s'ouvrir. « Il ne suffit pas de le décider ».

La tendance à associer hallucination et psychose, ou hallucination et schizophrénie pourrait également être une limite au développement des groupes car la schizophrénie est prise en charge sur secteur, même s'il y a de la place dans les groupes d'entraide pour des patients qui auraient reçu ce diagnostic. Cette association fréquente peut limiter, sur certains secteurs, les interactions avec des mouvements de ce type-là, « qui militent beaucoup, par exemple, pour faire reconnaître l'étiologie traumatique », car ce n'est pas forcément comme ça que certains collègues le perçoivent.

Le caractère antipsychiatrique historique et le contexte d'émergence et de création de ces groupes, pourraient également expliquer qu'ils ne soient pas d'avantages sollicités par le corps médical. Le mouvement anti-psychiatrique s'est surtout inscrit à l'international, et

dans certains pays, pas partout. « Je ne suis pas sûr que le REV s'inscrive dans ce mouvement-là ». C'est donc la représentation qu'un certain nombre de collègues peuvent en avoir.

d. Outils thérapeutiques : place des groupes d'entendeurs de voix

Pour Pr Jardri, « il n'existe pas d'incompatibilité » avec d'autres outils thérapeutiques. Il faut surtout une bonne alliance avec l'entendeur de voix qui participe au groupe, et ne pas se rendre complice d'un mouvement qui serait ultra anti-psychiatrique, avec un double discours entre les propos de la filière du soin et le discours tenu dans les groupes, où le patient se retrouverait dans « une espèce de conflit de loyauté où il doit choisir ».

Il faut pouvoir véhiculer l'idée qu'on puisse s'appuyer sur des pairs aidants pour mieux gérer ses expériences dans le quotidien, et que c'est différent de ce qui peut être travaillé avec un psychiatre ou un psychologue à côté. Les approches ne sont pas antinomiques, « ce n'est pas l'un ou l'autre ». Elles répondent à des objectifs différents. « On peut avoir des approches thérapeutiques, qu'elles soient psychothérapeutiques, individuelles ou groupales, qui vont renforcer l'empowerment aussi ». « Il ne faut se priver d'aucun outil thérapeutique ».

En psychiatrie, les groupes devraient être proposés à tout patient sorti de phase aiguë (que la rémission soit complète ou partielle) dès lors qu'on a la chance, sur son secteur d'activité, d'avoir un groupe avec lequel on peut collaborer et travailler en bonne alliance. « Il devrait être proposé au même titre que l'aide aux habilités sociales, la remédiation, la psychothérapie ».

Concernant l'intérêt d'avoir des soignants dans les groupes, Pr Jardri pense que ça pourrait être un plus, même si ça peut inhiber certaines personnes de savoir qu'il y a un psychologue, ou un psychiatre qui est présent. Dans tous les cas, la présence d'un soignant serait indispensable pour les enfants et les adolescents.

« Soit on connaît très bien la personne qui anime le groupe, et on sait du coup qu'il y a un discours tenu parfaitement compatible avec le reste de la prise en charge, soit c'est mieux d'être présent pour pouvoir rebondir ».

e. Perspectives futures

Il faut très bien connaître ses partenaires, sinon la présence d'un soignant pourrait se faire sur certains groupes, de temps en temps, en respectant un cahier des charges, des pré-requis pour pouvoir travailler en bonne entente.

Les collectivités locales permettraient d'avoir accès à des locaux, que ça ne soit pas sur l'hôpital ou au CMP, mais un local de la mairie, et qu'un soignant puisse se détacher pour y participer de temps en temps, sans que ce soit lui qui anime le groupe. Il pourrait être là pour véhiculer des informations très générales sur les pathologies, si certains patients se posent des questions, sur les traitements... . Ça pourrait donc être un rôle purement éducatif, et puis « pour s'assurer effectivement que le groupe ne parte pas complètement dans un truc délirant antipsychiatrique ».

Il y aurait un intérêt à faire connaître les groupes d'entente de voix aux internes en psychiatrie et aux psychiatres, notamment pour pouvoir expliquer comment le réseau fonctionne, pourquoi les groupes sont nés, expliquer ce qu'est une hallucination,... Une communication sur l'existence des groupes permettrait que les patients soient d'avantages orientés par les psychiatres qui les suivent.

Concernant une formation pour les facilitateurs, l'intérêt a été souligné de pouvoir l'accompagner si on le connaît, dans l'objectif de pouvoir transmettre, aider les gens à constituer leur boîte à outils de gestion au quotidien des voix « et ça, ça ne s'improvise pas ». Il faut avoir des capacités d'introspection et que ce soit quelqu'un qui a de longues années

de thérapie selon Pr Jardri, dans l'idée de ne pas surexposer des gens qui seraient encore trop fragiles.

« Si à un moment un patient exprime le souhait de pouvoir accompagner d'autres patients, ça peut être l'opportunité de créer des ponts et des liens avec des mouvements comme le REV ». Pour Pr Jardri, le réseau se construit avant tout autour d'une rencontre. Il ne faut pas adresser sur des groupes qu'on ne connaît pas « quitte à ce que ce soit un patient de notre patientèle, ou quelqu'un de notre secteur, de notre service, qui fasse le pont et que ce soit lui qui construise ce pont ». C'est « plus intéressant et certainement beaucoup plus solide que simplement de l'adressage », car l'adressage simple a le risque de ne plus savoir très bien ce qu'on y fait, et de ne pas être dans un travail collaboratif.

Donc il y aurait un premier niveau d'information auprès des collègues, et un deuxième niveau centré sur la pair aidance où on inscrirait des patients dans ces réseaux, pour ensuite travailler en collaboration avec eux et garder les objectifs propres à chaque dispositif.

1.2. Entretien avec Dr Le Cardinal

Il a découvert les groupes d'entendeurs de voix en 2006, lors d'un colloque européen sur Mons-en-Barœul. Une équipe d'anglais de Colchester était venue pour parler des groupes d'entendeurs de voix. C'est la première fois que les groupes étaient présentés en France.

« Je ne voyais pas du tout ce que ça pouvait apporter aux gens de partager là-dessus ».

Il ne s'y est plus intéressé jusqu'en 2010 où Yann Derobert, un psychologue venu faire un stage sur Lille, propose de mettre en place un groupe. Il est mis en lien avec Jean-Luc Roelandt et Nicolas Daumerie, qui travaillaient au CCOMS avec Patrick Lecardinal. A cette époque, les travaux en cours portaient sur l'empowerment et la notion de rétablissement. Dr Lecardinal travaillait en parallèle sur la pair aidance (entre 2006 et 2012), avec Sonia Johnson, une de ses anciennes patientes qui s'est rétablie.

Tous les 4 (Yann, Sonia, Nicolas et Patrick) ont mis progressivement en place un groupe de discussion avec des entendeurs de voix, pour parler de cette approche.

Dans les suites, en octobre 2010, Ron Coleman est invité à l'EPSM d'Armentières, pour participer à une réunion associant professionnels de santé mentale et entendeurs de voix. Ce dernier était à l'époque le symbole du mouvement sur l'entente de voix. Il y eu une vingtaine de participants (moitié professionnels, moitié entendeurs de voix). Les auditeurs ont pu être interrogés sur leur expérience d'entente de voix. Ron Coleman a pu leur expliquer que c'est parce qu'on a cru en son rétablissement, qu'on a cru en lui, qu'il a pu se rétablir, construire sa vie de famille, et être formateur international. Ça a été la première rencontre.

L'étape d'après a été de mettre en place une formation pour cette approche-là. 2 mois après la présentation à l'EPSM d'Armentières, Yann Derobert a fait venir les 3 formateurs les plus en vue, à savoir Ron Coleman, Eleanor Longden, entendeuse de voix, clinicienne et chercheuse à Londres, ayant reçu plusieurs prix de recherche sur l'entente de voix, et Dirk Corstens, psychiatre hollandais et élève de Marius Romme (président de l'Intervoice à l'époque). Il y a eu 4 jours de formation sur Armentières, avec un groupe de 40 participants (professionnels et entendeurs de voix). C'est la première fois que Vincent Demassiet, présent à la formation, rencontrait le réseau. Patrick Lecardinal s'occupait en partie de la traduction. Ils ont pu voir comment, en pratique, on dialogue avec les voix, comment on crée un contexte d'entente de voix.

Dr Lecardinal a pu voir les effets de la formation sur Vincent Demassiet « il n'était plus le même homme, en 4 jours ». Il a ensuite poursuivit sa formation pendant 3 ans.

Vincent Demassiet a rejoint le groupe de Sonia Johnson et Yann Derobert à Mons-en-Baroeul.

Des consultations expérimentales ont ensuite été mises en place au 59G21 avec cette approche, en co-facilitation, avec Patrick Lecardinal et Vincent Demassiet, associant le

travail d'un professionnel à celui d'un entendeur qui a l'expérience du rétablissement, dans un cadre individuel. C'était la première fois qu'il y avait une co-intervention. C'est une méthode qui a été amenée par Dr Lecardinal dans l'Intervoice. Cette méthode a ensuite été mise en lien avec l' « open dialogue », méthode finlandaise qui se base sur les thérapies systémique et sur la co-intervention. Cette approche de l'open dialogue a été intégrée à celle de « voice dialogue », pour créer finalement ce que Patrick Lecardinal appelle le « dialogue ouvert avec les voix ».

Il pratique aujourd'hui cette méthode dans une unité récente qui s'appelle EDEV (Ecoute et Dialogue pour les Entendeurs de Voix).

a. Une approche alternative

Pour Dr Le Cardinal, les neuroleptiques sont parfois contre-indiqués, délétères ou parfois ils ne marchent pas, et ce n'est pas la solution pour tous, même s'ils peuvent être nécessaire au départ quand les patients sont complètement submergés, pour calmer les choses et « entrer en contact avec l'environnement et se poser ».

Dans ce contexte, il faut donc des alternatives, « et c'est là que se développent plein de choses », pour « mobiliser l'énergie dans les voix, pour aller chercher les émotions et les ressources instinctives personnelles, et le but du jeu n'est pas que les gens soient stabilisés, c'est qu'ils trouvent leur vocation et qu'ils soient le plus heureux possible ».

« 4/5 ont subi des maltraitances physiques et émotionnelles et 1/3 des violences sexuelles avant l'âge de 12ans, l'agresseur étant souvent un proche de la famille la plupart du temps ou des éducateurs, enseignants ou religieux, qui ont été introjectés dans les voix ». Dans le processus de rétablissement, l'idée c'est « d'aller tuer l'introjection de ces agresseur à l'intérieur de leur psychisme, c'est remettre de l'ordre et de la justice ». Après avoir enlevé l'agresseur de la voix, de l'introjection, « la personne peut aller connecter son instinctif dans un cadre sécurisé, celui de la consultation ».

Dans l'Intervoice, on peut retrouver tous les modèles de groupe d'entendeurs de voix, du plus institutionnel au moins institutionnel. L'idée est qu'à partir du moment où on redonne une place aux voix en tant qu'expérience, avec un intérêt vis-à-vis du contenu des voix, on va être bienveillant, tout en restant le plus désinstitutionnalisé possible.

Pour Patrick Lecardinal, le réseau de l'entente de voix, c'est « une vision du monde qui est autre », un « changement de paradigme », « ça change aussi les choses à l'intérieur de nous, sur notre posture, ça nous fragilise par rapport à la vision classique de la psychiatrie ». C'est également un « mouvement qui est issu de tout un courant de pensée et de champ de la connaissance expérimentale qui se base sur l'expérience et sur le vécu ». « L'expérience de l'entente de voix, ils en connaissent quelque chose que nous on ignore ou qu'on connaît sous les termes de théories médicales ». Ils vont pouvoir nous transmettre une partie de leur savoir.

b. Place des groupes en prison

Quand il était en poste en prison, Dr Lecardinal a pu constater que les doses de traitements administrées étaient parfois 1 fois et demi voire 2 fois supérieures par rapport à ce qu'on donne habituellement en terme de somnifères et de neuroleptiques.

Pour lui, c'est dans les milieux les plus stigmatisés et les plus rejetés que c'est encore plus facile de mettre en place des outils de rétablissement, « parce que c'est l'adage « foutu pour foutu » ». Il explique que c'est dans ce contexte qu'a été mis en place à Marseille le 1^{er} lieu de répit pour les SDF psychotiques, où ils pratiquent les groupes d'entente de voix avec des médiateurs de pair aide. Ce lieu dépend d'une association, « Just », qui porte des lieux pour la justice sociale, pour des personnes exclues de la société, sur des modes alternatifs.

c. Avantages du dispositif

Les groupes d'entraide sur l'entente de voix permettent de redonner une valeur à l'expérience vécue en tant que connaissance, savoir. Ils permettent également, par cette valorisation, de ne plus réduire le patient à un diagnostic, à une maladie.

Dr Lecardinal explique que pour que ça fonctionne, il faut 3 ingrédients : un groupe de soutien, de pairs « parce qu'on ne se rétablit pas tout seul », des lieux individuels « où il va pouvoir exprimer des choses qui sont beaucoup plus de l'ordre de l'intime », et un bon étayage « réseau d'amis, familial, ou amical, qui ne soit pas forcément dans une relation d'aide mais dans une relation informelle, spontanée, où il puisse vivre autre chose ».

Pour le soignant, le fait de pouvoir agir sur les traitements, tout en assurant l'accompagnement individuel, et en alimentant un lien partenarial avec les groupes d'entendeurs, permet d'avoir une posture qui est vraiment aidante dans un parcours de rétablissement.

« Le groupe d'entendeurs de voix, c'est le lieu où les entendeurs peuvent se retrouver en sécurité et discuter entre eux sans avoir de regard qui leur dit que ce n'est pas bien ».

Dans les groupes, « il y a beaucoup d'émotion qui circulent, avec des relations très belles et profondes d'amitié ».

Croire au rétablissement grâce au rétablissement des gens « c'est ça qui donne du sens à notre travail ». Faire intervenir ensuite les personnes rétablies dans les équipes, leur permettre d'animer des groupes, « c'est ce que j'appelle l'effet boule de neige ». C'est grâce au constat du rétablissement des personnes par les collègues qu'ils finissent par s'intéresser à la méthode.

d. Limites

La mise en place du Hearing Voices Movement s'est faite à une époque où le mouvement anti-psychiatrique était en plein essor. Beaucoup de psychiatres associent encore

actuellement l'entente de voix à ce mouvement, ce qui pourrait expliquer le fait que les groupes ne soient pas plus développés, notamment dans les lieux de soins.

Des lieux de répit Soteria ont été développés dans les années 70 par Mosher, dans ce contexte, en alternative à la psychiatrie. Ces lieux accueillent une majorité de pairs-aidants dans leur équipe. Ils ont pour objectif de gérer la crise psychotique, en travaillant notamment sur des méthodes autres que médicamenteuses. Ils ont donc la possibilité de gérer la crise sans traitement, ce qui est beaucoup moins réalisable à l'hôpital « dans un lieu Soteria. Il y a une façon d'aborder la crise qui est totalement différente », qui permet à la personne de lui redonner le pouvoir et de retrouver un « équilibre émotionnel et relationnel avec ses voix en 15 jours-3 semaines ».

e. Place des groupes d'entendeurs de voix en psychiatrie

Pour que les psychiatres orientent d'avantages leurs patients vers des groupes d'entendeurs de voix, il faut pouvoir les rassurer, et amener la preuve que ça fonctionne et que ce n'est pas dangereux. « Les études scientifiques randomisées en double aveugle sur les groupes d'entendeurs de voix n'existent pas actuellement. Concernant la méthode de dialogue avec les voix, on a un niveau 1 de preuve, avec un effect size qui est à peu près comparable à celui des TCC sur les psychoses, et même meilleur à 1 an, mais il n'y a pas de preuve scientifique que ça fonctionne, donc on est sur un terrain expérimental ».

f. Intérêt d'une formation pour les facilitateurs ?

Concernant la question d'une formation pour les facilitateurs, y a des invariants qu'il faut prendre en compte, des choses à éviter, qui s'apprennent avec l'expérience, « donc c'est important d'être un peu guidé ».

Pour lui, le savoir est expérientiel dans les groupes d'entendeurs de voix, et dépend donc de ce qu'on a vécu dans notre vie, et comment on a métabolisé notre vécu, notre histoire

familiale, notre histoire culturelle, de « comment on peut naviguer avec ça et notre formation ».

Il décrit le rétablissement comme un processus qui se fait progressivement, par expériences, beaucoup plus riche et complexe qu'une formation, et qui ne se finit jamais.

2. Applicabilité des groupes d'entendeurs de voix en milieu carcéral : retour d'expérience du CPLA et de la MA de Beauvais

En France, il existe actuellement 2 sites proposant des groupes d'entraide sur l'entente de voix : la Maison d'Arrêt de Beauvais et le Centre Pénitentiaire de Lille-Annœullin. Il a été réalisé un retour d'expérience (Cf. Annexe 2) auprès des 2 centres pour essayer de comprendre, entre autre, comment les groupes ont été mis en place, les spécificités carcérales, et ce qui limite aujourd'hui le développement des groupes dans d'autres prisons.

Le premier entretien s'est fait en présentiel au SMPR d'Annœullin, le 20 avril 2021, avec une infirmière, facilitatrice dans le groupe, qui a également été coordonnatrice dans la mise en place des groupes. Lors de l'entretien, une de ses collègues, aussi infirmière, nous a rejoint pour répondre également aux questions et apporter des réponses complémentaires.

Le second entretien a été réalisé le 23 mars 2021 avec le centre pénitentiaire de Beauvais. Il a été réalisé par téléphone, avec l'infirmière qui a mis en place le groupe.

2.1. Le projet du SMPR d'Annœullin

Vincent Demassiet est venu faire une présentation sur les entendeurs de voix en 2017, après une sensibilisation des équipes par Dr Sebbane. Il y a eu un délai de 1 an pour qu'il puisse rencontrer à la fois les équipes médicales et la pénitentiaire. Personne ne connaissait le dispositif avant cette rencontre.

Puis les groupes ont été mis en place début 2018. Il en existe 3 actuellement sur le SMPR d'Annœullin, 1 dans chaque bâtiment.

Le travail orienté rétablissement était déjà une pratique vers laquelle ils essayaient d'aller « c'est quelque chose qui allait de soi un petit peu pour nous, pour pas mal de gens ». Pour eux, les groupes d'entendeurs de voix représentaient un groupe de parole, d'aide entre pairs.

a. Mise en place du groupe

Les gens qui voulaient devenir facilitateurs se sont inscrits pour recevoir une petite formation par V. Demassiet. Tous les corps de métiers étaient intéressés : infirmiers, psychologues, psychiatres, secrétaires, assistantes sociales,...

2 infirmières sont devenues coordonnatrices pour superviser la mise en place des groupes. Des groupes de travail ont été créés pour les mettre en place dans les bâtiments, en collaboration avec l'administration pénitentiaire. Finalement, il a fallu 18 mois entre la rencontre avec V. Demassiet et le commencement des groupes, « ça prend du temps », malgré un portage institutionnel collectif du projet.

Des petites réunions étaient en parallèle organisées pour pouvoir discuter des problématiques rencontrées.

b. Orientation des patients

Certains connaissaient déjà le réseau avant d'arriver en prison.

Il y avait parfois du bouche à oreille entre les détenus. D'autres fois, c'était le personnel qui proposait d'intégrer le groupe : soit les infirmiers, soit les psychologues, les psychiatres, les éducateurs,...., en consultation principalement (en HDJ, ou lors des injections retard par exemple), dès que les patients évoquaient les voix « c'était devenu quelque chose d'hyper automatique ».

Le somatique a été formé aussi pour que les orientations soient vraiment ouvertes et que les personnes soient adressées par le plus de monde possible, et « qu'on ne mette pas ça

dans le soin psychiatrique du tout », mais ils n'avaient pas encore pris l'habitude de les orienter avant la crise sanitaire (crise qui a causé la suspension des groupes).

Il n'y a aucune contre-indication à la participation aux groupes. Ils peuvent entendre des voix ou « vivre des choses que les autres ne vivent pas. Ça peut être entendre des voix ou voir des choses » par exemple.

c. Principes et rédaction de la charte

- Les blouses étaient retirées pendant les séances, « on n'était pas là en tant que soignant », mais en tant qu' « apprenant ». Par ailleurs, aucune transmissions n'était faite en dehors des participants au groupe, que ce soit pour les soignants ou les auditeurs entre eux.

- Ce sont les mêmes facilitateurs qui tournent dans les groupes.

- La participation se fait sur la base du volontariat. Il n'y a aucune obligation. Ils ont également la possibilité de partir à n'importe quel moment pendant une séance. La participation est libre, du début à la fin, et peut-être interrompue à tout moment.

- Il n'y a pas de limitation dans le nombre de séances. C'est un groupe complètement ouvert. Ils s'inscrivent, ils viennent ou ils ne viennent pas, et il n'y a pas de durée, sur le même principe qu'à l'extérieur.

- Il n'y a pas de thème abordé particulièrement lors des séances. Ce sont les auditeurs qui décident du sujet. Le but est que la personne se sente libre de dire tout ce qu'elle veut.

- Si certains ne voulaient pas parler, ils ne parlaient pas. Il n'y avait aucune obligation de parole.

- Si quelqu'un n'allait pas bien dans le groupe, les auditeurs ont demandé que les facilitateurs présents reviennent les voir le lendemain, avec ou sans blouse mais « que ce soit quelqu'un qui était présent au groupe, et que ça soit quand même repris avec eux. Ils ne voulaient pas que ça passe à la trappe au final ». Dans un second temps, ils voient s'ils veulent que ça soit transmis aux professionnels qui les suivent ou non.

d. Déroulement des séances

Les groupes variaient de 8 à 10 usagers en moyenne. Les facilitateurs tournaient à 4 par groupe, pour qu'il y en ait toujours au moins 2 dans le groupe.

Chaque séance, qui durait 1h30, était différente, « chaque séance est unique quelque part ». Cependant, des règles ont été mises en place pour éviter que la discussion ne parte dans tous les sens, en accord avec les participants, pour leur expliquer un peu ce qui était voulu, et ce qui était attendu de la séance (cf « principes et rédaction de la charte »), avec la possibilité de revoir ces règles à chaque nouvel arrivant dans le groupe.

Les séances avaient lieu toutes les 3 semaines, avec 1 séances/semaine/3bâtiments. Ils demandaient parfois qu'il y en ait plus.

Le travail des facilitateurs était de questionner, questionner sur ce qu'il se passe, à quel moment, parfois essayer de remonter à la première fois que ça s'est passé, ce qu'il s'est passé à ce moment-là. Il est là en tant qu'apprenant. Il n'y a plus de « hiérarchie ». C'est l'usager, de par son expérience et son vécu, qui va apprendre et apporter des solutions aux autres.

Il avait été discuté que certains auditeurs puissent prendre la place de facilitateurs et aillent dans les différents groupes. Parfois, certains prenaient spontanément cette position-là. Certains personnels des soins somatiques souhaitaient également devenir facilitateurs.

e. Articulation avec l'administration pénitentiaire

Dr Sebbane avait rencontré les surveillants pour les sensibiliser. Les groupes s'appellent « groupes d'entendeurs de voix », pour pouvoir être transparents avec la pénitentiaire. Il n'a pas été constaté de stigmatisation auprès des détenus, ni de retour négatif des auditeurs « c'est peut-être aussi parce que Dr Sebbane avait balisé avant ».

f. Avantages / leviers

Concernant les leviers rencontrés à la mise en place des groupes, c'était notamment de bien connaître les surveillants, qui avaient pu être sensibilisés aux groupes des entendeurs de voix. En effet, l'administration pénitentiaire demandait un délai d'un mois entre l'inscription d'un nouveau patient à un groupe, et l'autorisation d'y participer. Les liens créés avec les surveillants facilitaient parfois la participation d'un usager dès le lendemain de son inscription.

Le fait que certains facilitateurs puissent être d'un autre corps de métier que le soin, comme les secrétaires ou les assistantes sociales, rendait l'échange enrichissant « parce qu'elle n'est pas bridée par un apprentissage ».

Concernant les avantages du dispositif, « Ils disaient des choses qu'ils ne disaient absolument pas en rendez-vous avec les psychiatres ». Ils se sentaient plus à l'aise quant au fait qu'on les questionne sur leurs voix (plus fort ou moins fort, plus éloignées, moins éloignées,...), ce qui facilitait la parole. « Ils sont beaucoup plus authentiques ».

Des gens très renfermés ont pu s'ouvrir face aux autres usagers, et expliquer leur problématique. Ils disaient également quand ils n'étaient pas bien, quand ils entendaient encore des voix, quand ils ne prenaient leur traitement qu'un jour sur deux « toutes ces choses dont ils ne parlaient absolument pas en soin », « je pense que c'est une affinité qui se fait comme ça, une confiance ».

Ils sollicitaient plus facilement les facilitateurs présents dans le groupe, quand ces derniers remettaient leur blouse, en dehors des groupes, car « tu crées un lien particulier avec les participants ».

Le groupe leur faisait beaucoup de bien, et ils étaient satisfaits et soulagés de voir qu'il y a d'autres personnes qui vivent les mêmes expériences qu'eux. Il permettait d'amener des solutions grâce aux expériences des autres et à leur vécu.

Le fait de pouvoir découvrir d'autres expériences également les rassuraient « un patient qui avait une puce dans la jambe là, il était étonné de voir aussi qu'on pouvait vivre des choses complètement différentes, que eux ne connaissaient pas du tout ».

Le non jugement était également apprécié « pouvoir exprimer ce qu'ils voulaient sans avoir un jugement derrière ».

Certains usagers « leaders » qui animaient bien le groupe, qui verbalisaient sur leur vécu, permettaient à d'autres de libérer leur parole en se rendant compte qu'ils n'étaient pas seul. Les patients plus réticents à une forme de soins plus classique avaient la possibilité d'une solution alternative grâce à ces groupes « des gens très réticents venaient beaucoup aux entendeurs de voix, et réclamaient à ce que ça soit plus souvent, et vraiment ça leur convenait plus en fait ».

g. Limites / obstacles rencontrés

La méconnaissance de ces groupes pourrait expliquer qu'ils ne soient pas plus développés aujourd'hui, notamment en milieu carcéral « l'approche orientée rétablissement, elle n'est quand même pas très répandue ».

Un des obstacles rencontré a été qu'il y avait initialement 2 groupes, 1 pour le centre de détention, qui était dans le bâtiment correspondant, et 1 pour les maisons d'arrêt, pour avoir des plus gros groupes. Ce dernier se faisait dans une salle annexe. Les surveillants n'envoyaient pas les personnes, des groupes étaient parfois annulés. L'information n'était pas transmise. Il a donc été décidé dans un second temps de faire un groupe par bâtiment pour que les surveillants n'aient qu'à faire descendre les participants.

h. Spécificités du milieu carcéral

La mise en place, « c'est plus compliqué qu'à l'extérieur, c'est sûr », car il y a beaucoup de personnes à rencontrer, qu'il faut suivre le bon circuit.

Comme dit plus haut, il fallait parfois attendre 1 mois pour qu'un nouveau participant puisse entrer dans le groupe.

Au début de chaque séance, un des groupes avait pour habitude de consacrer 15 minutes de discussion autour des problématiques liées à la détention. Ce temps leur permettait ensuite d'être plus disponible pour la participation au groupe : « c'est un temps où ils brisent la glace, ils lâchent aussi ce qu'ils ont envie de lâcher ».

Les solutions apportées pour faire face aux voix sont beaucoup plus restreintes. La musique et la lecture de livres religieux revenaient souvent. Le sport en cellule pouvait également être une solution, mais les solutions n'étaient pas si variées par rapport à l'extérieur.

Depuis peu, il existe des téléphones « cabine » dans les cellules, qui n'étaient jusqu'alors présents que dans le couloir, qui sont donc maintenant également accessibles la nuit (nombres de numéros limités, avec autorisation au préalable).

Le milieu carcéral est également un « monde vachement stressant, tout le temps ».

i. Place des groupes dans la prise en charge du patient

Un distinguo a été fait dès le départ entre le soin pur et le groupe des entendeurs de voix, avec des objectifs bien différents « là, l'objectif n'est pas de bien faire prendre le traitement, c'est autre chose quoi ». Le fait d'être sans sa blouse permet de faire cette distinction.

Au SMPR, le groupe est bien différencié du médical, « c'est une prise en charge autre, qui est à côté du soin ». Il a sa part entière, mais on ne le confond pas avec le reste du suivi, car il n'y a pas de transmissions. C'est autre chose. C'est cependant rassurant pour les équipes qui suivent le patient de savoir qu'il participe au groupe, et qu'il n'est pas replié sur lui à ne parler à personne « c'est plutôt rassurant quand un patient en fait partie ».

Cependant, quand le facilitateur est inquiet concernant les propos d'un participant, il peut, après la séance, reprendre sa blouse et donc son rôle, en allant expliquer à l'entendeur

qu'on vient le revoir « en tant qu'infirmière, parce qu'on était inquiet par rapport à ce qu'il a dit ».

Le relai après la sortie de prison se fait par mail. Les usagers récupèrent les adresses mails pour pouvoir se mettre en lien avec le réseau, et intégrer un groupe d'entendeurs de voix.

j. Intérêt d'une formation

Il y aurait un intérêt à former les facilitateurs pour « avoir un minimum de bases », « un esprit à garder qui est vachement important ».

Cependant, dans la liste de formation proposée pour le personnel, on ne retrouve pas non plus de formation dispensée par le réseau sur les entendeurs de voix.

k. Perspectives futures

Pour les 2 infirmières rencontrées lors de l'entretien, il y a un intérêt que les groupes soient plus développés, que ce soit en ambulatoire, ou en milieu carcéral. En effet, il est constaté que les pathologies psychiatriques augmentent beaucoup en milieu carcéral.

La méconnaissance limite actuellement le développement des groupes. Les formations pourraient permettre la diffusion de l'information et donc le développement du réseau, notamment en milieu carcéral. Il y a l'importance des formations pour les soignants, mais une sensibilisation pour les surveillants serait également la bienvenue, un peu comme ça s'est fait au SMPR, avec quelqu'un qui se détacherait pour aller expliquer un peu dans chaque centre pénitentiaire.

2.2. Maison d'arrêt de Beauvais

Il existe 1 groupe d'entendeurs de voix, qui a été mis en place fin 2018-début 2019, après la participation de l'infirmière à un congrès mondial qui a eu lieu sur Paris en 2017, à

l'initiative du réseau sur l'entente de voix. Le groupe est animé par 2 infirmières facilitatrices. La création du groupe a pu se faire grâce à un portage institutionnel collectif (cadre de santé, médecins, psychologues, infirmiers,...). Les équipes ont été sensibilisées par l'infirmière, qui leur a fait un retour à la suite de sa participation au congrès (ses attentes, ce qu'elle a appris, ce qui allait changer dans la prise en soin des entendeurs de voix). Les soignants ne connaissaient pas le dispositif avant la mise en place du groupe.

Ils n'ont actuellement pas la possibilité d'assister à une formation dispensée par le réseau sur l'entente de voix car elle n'est pas référencée dans leur catalogue de formation (sinon à la charge du personnel, avec nécessité de poser des congés).

a. Principes du dispositif

Ce qui a changé pour la facilitatrice après sa participation au congrès était le changement de vocabulaire, avec des termes moins médicaux comme « l'entente de voix », plutôt que « les hallucinations acoustico-verbales ». L'idée est de ne pas renvoyer à du symptôme le fait d'entendre des voix, alors que certains vivent très bien avec ces dernières.

« Tout a changé, mon regard, mon approche aussi, en parler librement avec les personnes ».

« Je n'ai plus jamais été la même soignante ».

Le fait de parler sans tabou permet de libérer la parole pour les personnes qui souffrent d'entendre des voix. Ils se sentent moins isolés.

« Il n'y a plus de barrière soignant-soigné en fait ».

Pour la facilitatrice interrogée, ce sont les auditeurs les plus experts dans l'entente de voix :

« Ils ont des choses à apprendre et à partager, et des choses à nous apprendre nous soignants, aussi ». Ce n'est plus le soignant qui détient le savoir forcément. On tend vers le rétablissement du patient, et pour ça, on a besoin de la personne soignée.

« La plupart de nos patients, quand même, ont vécu des psychotraumatismes graves ».

b. La mise en place du groupe

La mise en place du groupe s'est faite en équipe : « si votre collègue infirmière n'a pas le même discours le jour où vous n'êtes pas là, ce n'est pas possible ». Le projet a été présenté à l'ensemble du personnel, notamment pour connaître les indications et savoir ce qu'on y fait.

Initialement, le groupe était fermé, avec des sessions de 11 séances, pour éviter que de nouveaux participants intègrent le groupe en cours de route et que ces personnes soient en retrait par rapport aux autres participants. Il a été secondairement semi-ouvert, avec la possibilité d'intégrer le groupe en cours de sessions car il n'était parfois constitué que d'un participant, dans une maison d'arrêt où il y a des fins de peine, des permissions, des visites,... . Il y a, en moyenne, 6 participants.

Au bout des 11 séances, qui sont hebdomadaires, il y a un entretien individuel, où il est discuté entre autre la poursuite ou non d'une nouvelle session, en fonction de leurs besoins.

Ce qui a motivé la mise en place du groupe était le constat d'avoir toujours les mêmes patients qui reviennent, avec les mêmes problématiques : l'entente de voix qu'ils n'arrivent pas à gérer, les médicaments qui ne suffisent pas à contrôler les voix, et donc l'envie de proposer une autre thérapeutique.

« C'était très frustrant les entretiens médicaux où on vous demande si vous entendez des voix, et donc on augmente le risperdal ».

Le groupe est considéré comme une thérapie, qui va avec le traitement, « un support, une aide, une autre approche. On ne peut pas faire l'un sans l'autre, je pense », « pour toute personne qui est entendeur, ou qui voit des choses, ou qui a des perceptions différentes on va dire ».

c. Préalablement à la participation

Les entendeurs ont été informés de l'existence du groupe par l'équipe, le psychiatre, ou le psychologue. A savoir que toutes les personnes entrantes sont vues par les infirmiers, ce qui facilite l'orientation. Généralement ils ne connaissent pas le réseau avant d'arriver en prison car il n'y a pas de groupe existant dans l'Oise (en dehors de la prison).

Pour pouvoir assister au groupe, il y a au préalable un entretien infirmier, dans le but de mettre en confiance la personne en lui expliquant notamment comment fonctionne le groupe. Un aval est demandé au psychiatre après l'évaluation infirmière. La participation est basée sur le volontariat.

L'utilisateur peut entendre des voix ou en avoir entendu, mais peut également vivre d'autres expériences comme avoir des visions par exemple. Si la personne est trop persécutée, elle ne participe pas tout de suite au groupe, on attend une stabilisation clinique.

Il y a également des règles à respecter « tout ce qui se dit dans le groupe doit rester dans le groupe ».

Les participants sont en demande de comprendre pourquoi ils entendent des voix, ils veulent ne plus en entendre, trouver des solutions pour être moins gênés. Il y en a qui veulent arrêter leurs traitements et cherchent une alternative. Un accompagnement à l'arrêt est donc parfois proposé, avec l'accord du psychiatre. Très souvent, la personne demande à avoir un traitement d'elle-même « ça devient intéressant parce que la personne, l'utilisateur, ne le vit plus comme une contrainte ».

d. Déroulement des séances

Un climat de confiance va s'installer au fur et à mesure des séances. Au départ, il y a une certaine appréhension. Chacun se présente, donne son prénom, son âge, ce qu'il aime, faire, son parcours scolaire,... . Généralement il n'est pas du tout abordé l'entente de voix lors de la première participation.

A la deuxième séance, on travaille les points communs de chacun, en amenant le participant à parler de lui, puis de ses voix, de ses attentes « on aborde un peu tout : l'impact social, l'impact dans la famille, l'isolement, les traitements, les hospitalisations, on balaye tout ce qui est addiction aussi ». On recherche les facteurs déclenchants des voix.

Puis, lors des 3 dernières séances, les participants vont se chercher, vont trouver des solutions ensemble, des stratégies dans la gestion de leurs expériences, pour faire face à leurs voix. Ils vont se nourrir des expériences des uns et des autres.

« Moi je tombe la blouse, je ne suis plus infirmière, je suis facilitateur ». Le facilitateur va donner des conseils, relater une expérience. Il va également faciliter la parole dans le groupe.

« Et puis ils s'entraident, ils se soutiennent dans le groupe. Ils se mettent à l'aise les uns les autres, ils dédramatisent, il y a de l'humour ».

Contrairement au réseau des entendeurs de voix, il existe une trame qui va guider les sessions à Beauvais, mais ce sont les patients qui décident un peu du sujet abordé lors de la séance « on essaye de tout balayer même si on ne respecte pas le déroulé exactement ».

e. Avantages du dispositif / leviers rencontrés lors de la mise en place

Le fait de se sentir moins seul a été le premier bénéfice, « pouvoir échanger avec quelqu'un qui a la même expérience, c'est énorme, c'est rassurant ». Le but est de montrer qu'il ne sont pas seuls et qu'il y a des solutions alternatives, dont les traitements mais pas que. Puis lors des séances, c'est libérateur pour l'auditeur.

« Ils sont plus partie prenante dans leur prise en soin », « ils se sentent plus écoutés, valorisés », « leur expérience est intéressante pour nous les soignants », « leur parole est importante, leur adhésion au soin est importante ».

Régulièrement, des patients sont en demande d'arrêter leur traitement. Grâce aux retours d'expérience d'autres usagers, on remarque que très souvent ils demandent d'eux-mêmes

à reprendre un traitement car il y a « d'autant plus d'impact, que ce sont des personnes qui vivent les mêmes expériences, ce n'est plus le soignant qui dit que ». Le partage d'expériences facilite donc la prise en soin.

C'est un espace de parole pour les patients, sans jugement, dans une atmosphère bienveillante. Le temps de parole est plus ou moins gérés par les auditeurs. C'est eux qui abordent les sujets. On ne leur demande pas de se taire mais au contraire de parler de leurs symptômes, de leurs problématiques.

Les traumatismes anciens peuvent être plus facilement abordés dans ce climat de confiance et de bienveillance. Il est d'ailleurs parfois proposé un entretien individuel après la séance quand on sent qu'elle a été difficile.

Certains continuent même à discuter quand ils sont dans les mêmes bâtiments. C'est ce qui fait la spécificité d'un milieu clos comme une maison d'arrêt.

Les points forts sont la libération de la parole mais également le lien qui est fait avec les soignants. En effet, il a été constaté que c'est beaucoup plus simple pour la personne soignée de venir discuter avec les facilitateurs qui encadrent le groupe. Ils viennent plus facilement parler quand ils sont envahis par leurs voix, alors qu'habituellement ils restent angoissés dans leur cellule, isolés, à se scarifier. Le fait de pouvoir parler sans tabou de l'entente de voix facilite également la parole « comme une normalité, comme quelque chose de presque banal en fait ».

Le groupe a pour but également de limiter la stigmatisation en évitant le langage médical, en ne parlant pas d' « hallucinations », mais plutôt d' « entente de voix ». On n'évoque pas de diagnostic : « c'est très réducteur. En plus nous ils sont détenus et schizophrènes, alors je ne vous dis pas, c'est quand même lourd ».

Il a été constaté une diminution du nombre de passages à l'acte auto agressifs grâce au groupe, avec beaucoup moins de scarifications, et une diminution également des angoisses engendrées par l'entente de voix.

Concernant les leviers, le soutien de l'équipe a été porteur pour la mise en place du groupe.

f. Limites / obstacles

« Ce n'est pas comme à l'extérieur, ce n'est pas comme le réseau des entendeurs de voix où là ce sont les entendeurs de voix qui animent le groupe. Nous, ici, on est dans le soin ». Pour que l'hôpital accepte le groupe, il fallait que les séances soient construites, avec un déroulé précis du groupe et des séances, avec un projet autour. Il fallait également la validation par la hiérarchie du protocole, ce qui demande beaucoup de temps « moi je n'y croyais plus, je pensais que j'avais travaillé pour rien, qu'on ne le mettrait jamais en place ». Il a fallu ensuite trouver les patients, patients volontaires pour participer aux séances. Les premières fois, personne ne veut venir, « les patients ont honte, ne veulent pas en parler », « il fallait convaincre », à la fois les usagers et le personnel.

« Moi j'étais de cette école où on ne parlait pas trop de délire, on ne rentrait pas dedans, c'était différent. On ne cherchait même pas à savoir la voix, quel style de voix, on augmentait le traitement ».

g. Spécificités du milieu carcéral

Les usagers sont hypercontraints. Ils vivent dans un milieu clos, qui va faire qu'ils vont se croiser. Par conséquent, cela peut freiner la libération de la parole dans le groupe, notamment au début. C'est un milieu clos où il ne faut habituellement rien dire, de pas parler d'eux. C'est d'ailleurs la première chose qu'on leur conseille à leur arrivée, « et là, il faut dire ». Il y a une contradiction au départ.

Parfois, les faits sont plus ou moins en lien avec leur symptomatologie, comme les injonctions de passage à l'acte. Le facilitateur va avoir le rôle de recadrer le groupe quand des faits vont être abordés « on ne parle pas des faits ».

Une des spécificité en détention, c'est qu'on se retrouve vite avec un nombre de participants réduit du fait par exemple de fin de peine, d'un parloir, d'une expertise judiciaire,... qui va donc également réduire le dynamisme du groupe.

h. Lien avec l'administration pénitentiaire

« La pénitentiaire ne sait pas trop ce qu'on y fait hein », « ça leur passe au-dessus de la tête, ils n'en ont rien à faire ».

Initialement appelé « groupe des entendeurs de voix », le nom a finalement été remplacé par « groupe d'entraide » pour limiter la stigmatisation « c'était un peu lourd de sens ».

« La population pénale n'est pas toujours sympa, avec les personnes qui entendent des voix, qui ont des troubles psychiques ».

« Ils se stigmatisent entre eux mes détenus, mais aussi il y a une bonne partie des surveillants qui les stigmatisent ». Cette stigmatisation peut s'expliquer entre autre par la peur, « peur de cette différence ».

Ils ne sont pas du tout sensibilisés sur Beauvais, ce qui est expliqué notamment par un gros turn over, et que c'est un lieu de passage pour la détention. Beaucoup veulent retourner dans le Nord, et ne s'y intéressent pas, en dehors de la cheffe de détention, qui elle facilite au contraire les prises en soin.

i. Relai vers l'extérieur

Il n'y a pas souvent de relai à la sortie de prison, car il n'y a pas de réseau dans l'Oise. Quand c'est dans le Nord, il y a la possibilité de se mettre en lien avec un groupe, à proximité du domicile. Le relai se fait à l'extérieur d'une structure de soin car il n'y a pas beaucoup de structure de soin où c'est proposé.

j. Intérêt d'une formation

Le réseau d'entendeurs de voix fait des formations, mais n'est pas proposé à Beauvais pour le personnel. Il est uniquement possible d'assister à des congrès, des symposiums.

« Il y a des soignants qui ne prennent pas le réseau au sérieux », d'où l'intérêt de pouvoir proposer une formation.

k. Perspectives futures

Les groupes devraient être plus développés, avec un intérêt qu'il y ait des groupes d'entente de voix partout, alors qu'on voit de plus en plus de psychiatres changer leur façon de travailler également.

La méconnaissance limiterait le développement des groupes actuellement. Beaucoup de professionnels ne connaissent pas le réseau. Pouvoir les présenter comme une association d'usagers, dans les CMP, les structures hospitalières, avec l'accord des médecins, des chefs de pôle pourrait être intéressant, en collaboration avec le réseau.

Il y a un intérêt également à travailler avec les collectivités pour faciliter l'accès et développer des groupes en dehors des structures de soin, tout en ayant une supervision médicale « on avait imaginé prêter des locaux, ou faire prêter des locaux avec une présence soignante, mais pas dans le groupe, à côté du groupe », devant l'absence de groupe dans l'Oise.

L'utilisation des médias pourrait également être un support intéressant, « ça rentre dans tous les foyers ». Il aurait notamment un rôle de déstigmatisation « nos collègues somatiques ne sont pas très à l'aise avec les personnes qui entendent des voix. Toute façon, on vient vite nous chercher quand c'est comme ça ». Les émissions permettent de « dédramatiser beaucoup de choses », « il y a une compréhension qui se fait ».

Discussion

Le Hearing Voices Movement est issu du mouvement anti-psychiatrique, apparu dans les années 60 et très présent dans le monde anglo-saxon. Ronald Laing est un des fondateurs de ce mouvement. Avec ses confrères, le psychiatre britannique David Cooper et Aaron Esterson, il lance le terme d'antipsychiatrie. Ils préconisent un bouleversement total des pratiques utilisées en psychiatrie, qui doit se renouveler en apprenant de ceux qu'elle désigne comme fous. D'ailleurs, à la même époque, Gregory Bateson et l'école de Palo Alto considèrent le malade mental comme la « victime émissaire » de sa famille, celui que l'on stigmatise pour masquer la défaillance des relations interpersonnelles et maintenir à tout prix l'équilibre du groupe. Le trio fonde en 1965 la Philadelphia Association qui promeut des lieux d'accueil qui, dans la lignée du Pavillon 21 précédemment supervisé par Cooper, proposent aux patients de vivre dans une liberté absolue, sur un pied d'égalité avec leurs soignants ⁽³⁷⁾.

C'est dans ce contexte que naît le Hearing Voices Movement, avec Marius Romme. Il y avait une tendance à associer systématiquement hallucinations et schizophrénie. Les groupes d'entraide se sont un peu érigés en réaction à ça. Le Hearing Voices Movement a énormément porté la cause du traumatisme, du psychotraumatisme à l'origine des voix.

Pour rappel, cette étude qualitative a permis la réalisation de 2 entretiens semi-dirigés auprès de 2 psychiatres spécifiquement impliqués dans le dispositif.

Un retour d'expérience a également été effectué sur les 2 premiers sites français à avoir proposé le dispositif en milieu carcéral, à savoir le Centre Pénitentiaire de Lille-Annœullin et la Maison d'Arrêt de Beauvais, dans les Hauts-de-France.

Chez des personnes incarcérées, qui vivent dans un milieu clos, qui sont hypercontraintes, on pourrait s'attendre à une hostilité concernant les groupes, du fait de l'accès plus limité

aux soins, de la stigmatisation qui est aussi plus importante, alors que la demande est grandissante dans les prisons. Pourtant, nous constatons que la mise en place des groupes dans les milieux carcéraux s'est plutôt bien déroulée. Les retours des équipes sont positifs. Il faut pouvoir sensibiliser les équipes à ce dispositif, à la fois du côté sanitaire, et également auprès de la pénitencier. La co-construction d'un groupe avec un entendeur de voix permet également de faciliter la mise en place de ce groupe.

Le fait de pouvoir former le personnel à devenir facilitateur a été positif sur Annœullin.

Par ailleurs, la mise en place des groupes n'a pu se faire sans un portage institutionnel collectif.

Pour Patrick Le Cardinal, c'est finalement dans les milieux les plus stigmatisés et les plus rejetés que les outils de rétablissement sont plus faciles à mettre en place, « parce que c'est l'adage « foutu pour foutu » ».

Les groupes sont proposés dès qu'une personne évoque son expérience d'entente de voix. La présentation du dispositif et la sensibilisation auprès des équipes vont permettre d'orienter plus souvent les patients vers ces groupes.

Que ce soit pour les entretiens semi-dirigés ou les retours d'expériences en milieu carcéral, tous suggèrent que la première raison au manque de développement des groupes, et encore plus en milieu carcéral, c'est la méconnaissance.

C'est cette méconnaissance qui va également favoriser la stigmatisation des entendeurs de voix et des groupes, comme on peut le voir avec l'administration pénitencier de Beauvais qui n'a pas été sensibilisée à cette approche. A contrario, les surveillants sur le centre pénitencier d'Annœullin ont pu être sensibilisés par Dr Sebbane, et ont très bien perçus la création des groupes car ils l'ont comprise. Il n'a pas été constaté de stigmatisation par les équipes du SMPR.

Pour ce qui est du relai vers l'extérieur, quand le patient sort de prison, il existe des groupes déployés un peu partout en France. Il faut pouvoir s'appuyer sur le REV pour faciliter ce relai. Pour les 2 centres pénitentiaires, on constate que les liens avec le milieu ouvert restent limités. Dans l'Oise, il n'existe pas de groupe d'entendeurs de voix. Parfois des coordonnées sont données au patient pour qu'il puisse se mettre en lien avec un groupe près de chez lui s'il le souhaite.

Une équipe mobile du CHU de Lille, appelée Emot (Equipe mobile de transition), a été mise en place pour suivre les ex-détenus souffrant de troubles psychiatriques. Cette équipe est un exemple de dispositif qui pourrait être mis à contribution pour faciliter le relai des groupes d'entendeurs de voix vers le milieu ouvert.

Conclusion

Le HVN s'engage dans le plaidoyer social, mettant l'accent sur les rôles du soutien par les pairs, et la nécessité de normaliser l'expérience de l'audition de la voix. Il est plus axé sur l'individu. Cette approche, basée sur le rétablissement et la notion de pair-aidance, est en pleine émergence.

Il semble que le dispositif des groupes d'entendeurs de voix soit pertinent au vu de la fréquence de l'entente de voix dans la population générale. Celui-ci semble d'autant plus pertinent en milieu carcéral, qui est un milieu fermé, hyper contraint, stressant pour les détenus et donc propice à l'émergence d'entente de voix.

Une des solutions pour pérenniser les groupes et favoriser la création de ponts entre les usagers et la psychiatrie publique serait d'informer et de former entre autre les psychiatres et les internes en psychiatrie, dans le but de les proposer ensuite aux patients qu'ils suivent. Cela permettrait également le développement de groupes dans d'autres milieux et sur d'autres secteurs.

Pour Pr Jardri, une des difficultés est d'avoir peu d'entendeurs de voix formés : « Il faut avant tout trouver la personne qui a réussi à dépasser finalement le statut de « malade » pour pouvoir être prêt à rentrer dans de la pair aidance ».

Une des perspectives futures suggérée lors des entretiens semi-dirigés serait d'envisager la présence d'un soignant sur certains groupes, de temps en temps, en respectant un cahier des charges, des pré-requis pour pouvoir travailler en bonne entente. Il aurait un rôle purement éducatif pour les entendeurs, et permettrait de maintenir un lien entre les groupes et la psychiatrie publique.

Actuellement, les recherches en essais cliniques randomisés pour évaluer les groupes sont difficiles à mettre en place pour plusieurs raisons ⁽³²⁾ :

- Un des principes des HVG est que les sujets abordés dans les groupes sont choisis et développés par les membres eux-mêmes. Il n'y a pas de structure prédéterminée des entretiens ;

- Un format ouvert des groupes est préconisé dans lequel les membres peuvent rejoindre et quitter le groupe à tout moment, ce qui présente des défis dans l'inscription et le suivi des participants ;

- De nombreux avantages des HVG découlent d'une adhésion sur le long terme, nécessitant une longue période d'intervention et de suivi des patients pour être identifiés, moins bien adaptés aux délais de financement typiques disponibles pour les essais randomisés ;

- Les groupes traversent souvent des phases de développement, avec des groupes établis bénéficiant d'un certain nombre de membres plus expérimentés assumant des rôles de leadership à mesure que le groupe mûrit. Cela ne pourrait pas être saisi si l'on évaluait une série de groupes nouvellement formés ;

- Outre le manque de mesures des résultats élaborées par les utilisateurs de services, le processus individuel de rétablissement signifie que bon nombre de changements signalés par les membres du groupe peuvent ne pas être saisis par des mesures standardisées.

Par ailleurs, la revue de littérature réalisée sur la base de données Pubmed ne permet pas de retrouver de littérature spécifique sur le milieu carcéral à ce jour.

Les phases d'expérimentations des 2 premiers sites français proposant le dispositif en milieu carcéral sont pourtant globalement positives.

Il serait donc nécessaire de développer des études évaluant l'efficacité du dispositif dans ces milieux où les groupes tendent à être plus connus et plus développés.

Bibliographie

1. Centre de réhabilitation psychosociale [En ligne]. Disponible sur : <https://centre-ressource-rehabilitation.org/> (Consulté le 18/08/2021)
2. GARDIEN E. L'accompagnement et le soutien par les pairs. *PUG*. 2019.
3. LE CARDINAL P., ROELANDT J.L., RAFAEL F. , VASSEUR-BACLES S., FRANCOIS G., MARSILI M. Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : historique, études et perspectives. *L'information psychiatrique* [En ligne]. 2013 ; 89 : 365-70. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2013-5-page-365.htm> (Consulté le 18/08/2021)
4. LE CARDINAL P., ETHUIN C., THIBAUT MC. Quand la conquête de la citoyenneté renverse le cycle de la stigmatisation. *Information Psychiatrique* [En ligne]. 2007 ; 83 : 807-14. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2007-10-page-807.htm> (Consulté le 19/08/2021)
5. Centre Collaborateur de l'OMS [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ccomssantementalelillefrance.org> (Consulté le 19/08/2021)
6. PACHOUD B. Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes. *Information Psychiatrique* [En ligne]. 2012 ; 88 : 257-66. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2013-5-page-365.htm> (Consulté le 19/08/2021)
7. Intervoice Online [En ligne]. Disponible sur : <https://www.intervoiceonline.org> (Consulté le 05/07/2021)
8. Réseau sur l'entente de voix Lyon [En ligne]. Disponible sur : <https://revlyon.wordpress.com/2019/07/31/patsy-hague-inspiration> (Consulté le 11/11/2020)
9. EVRARD R., LE MALEFAN P. Que changent les « entendeurs de voix » à l'écoute des hallucinations ? I : Genèse d'un mouvement. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique* [En ligne]. 2013 ; 171 (9) : 623-628. Disponible sur : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02137195/document> (Consulté le 20/08/2021)
10. Fondation Weerklank [En ligne]. Disponible sur : <https://stichtingweerklank.nl/> (Consulté le 21/08/2021)
11. Réseau sur l'entente de voix France [En ligne]. Disponible sur : <https://www.revfrance.org> (Consulté le 05/07/2021)
12. STYRON T., UTTER L., DAVIDSON L. The hearing voices network: initial lessons and future directions for mental health professionals and Systems of Care. *Psychiatric Quarterly* [En ligne]. 2017 ; 88(4) : 769-785. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/28150090> (Consulté le 01/02/2021)

13. MORRISON AP, BARRATT S. What are the components of CBT for psychosis? A Delphi study. *Schizophrenia Bulletin* [En ligne]. 2010 ; 36(1) : 136-42. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/19880824/> (Consulté le 04/08/2021)
14. CHADWICK P, BIRCHWOOD M. The omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations. *The British Journal of Psychiatry* [En ligne]. 1994 ; 164(2) : 190-201. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/8173822/> (Consulté le 04/08/2021)
15. PINKHAM AE, GLOEGE AT, FLANAGAN S, PENN DL. Group cognitive-behavioral therapy for auditory hallucinations: a pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice* [En ligne]. 2005 ; 11(1) : 93-8. Disponible sur : <https://www-sciencedirect-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/science/article/pii/S1077722904800117> (Consulté le 22/08/2021)
16. GAUDIANO BA, HERBERT JD. Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using acceptance and commitment therapy: pilot results. *Behaviour research and therapy* [En ligne]. 2006 ; 44(3):415-37. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/15893293/> (Consulté le 05/08/2021)
17. YILDIZ E. The effects of acceptance and commitment therapy in psychosis treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *Perspectives in Psychiatric Care* [En ligne]. 2020 ; 56(1) : 149-167. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/31074039/> (Consulté le 05/08/2021)
18. JENNER JA, NIENHUIS FJ, WIERSMA D, VAN DE WILLIGE G. Hallucination focused integrative treatment: a randomized controlled trial. *Schizophrenia Bulletin* [En ligne]. 2004 ; 30(1) : 133. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15176768/> (Consulté le 05/08/2021)
19. JENNER JA, NIENHUIS FJ, VAN DE WILLIGE G, WIERSMA D. "Hitting" voices of schizophrenia patients may lastingly reduce persistent auditory hallucinations and their burden: 18-month outcome of a randomized controlled trial. *The Canadian Journal of Psychiatry* [En ligne]. 2006 ; 51(3) : 169-77. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16618008/> (Consulté le 05/08/2021)
20. WELLS A. The attention training technique: theory, effects, and a metacognitive hypothesis on auditory hallucinations. *Cognitive and Behavioral Practice* [En ligne]. 2007 ; 14(2) : 134-8. Disponible sur : <https://www-sciencedirect-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/science/article/pii/S1077722907000235> (Consulté le 05/08/2021)
21. VALMAGGIA L.R., BOUMAN T.K., SCHUURMAN L. Attention Training With Auditory Hallucinations: A Case Study. *Cognitive and Behavioral Practice* [En ligne]. 2007 ; 14(2) : 127-33. Disponible sur : <https://www-sciencedirect-com/science/article/abs/pii/S1077722907000223> (Consulté le 05/08/2021)
22. BYRNE S, TROWER P, BIRCHWOOD M, MEADEN A, NELSON A. Command hallucinations: cognitive theory, therapy, and research. *Journal of cognitive*

psychotherapy [En ligne]. 2003 ; 17(1) : 67-84. Disponible sur : <https://connect.springerpub.com/content/sgrjcp/17/1/67> (Consulté le 05/08/2021)

23. CHIN J.T., HAYWARD M., DRINNAN A. Relating to voices: Exploring the relevance of this concept to people who hear voices. *Psychology and Psychotherapy* [En ligne]. 2009 ; 82(1) : 1-17. Disponible sur : <https://bpspsychub-onlinelibrary-wiley-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/doi/full/10.1348/147608308X320116> (Consulté le 05/08/2021)
24. CHADWICK P., BIRCHWOOD M. The omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations. *The British Journal of Psychiatry* [En ligne]. 1994 ; 164(2) : 190-201. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/8173822/> (Consulté le 05/08/2021)
25. LEFF J., WILLIAMS G., HUCKVALE M.A., ARBUTHNOT M., LEFF A.P. Computer-assisted therapy for medication-resistant auditory hallucinations: proof-of-concept study. *The British Journal of Psychiatry* [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/23429202/> (Consulté le 05/08/2021)
26. LEFF J., WILLIAMS G., HUCKVALE M.A., ARBUTHNOT M., LEFF A.P. Avatar therapy for persecutory auditory hallucinations: What is it and how does it work?. *Psychosis* [En ligne]. 2014 ; 6(2) : 166-176. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/24999369/> (Consulté le 05/08/2021)
27. ROMME M., ESCHER A. Hearing Voices. *Schizophrenia Bulletin* [En ligne]. 1989 ; 15(2) : 209-16. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/2749184/> (Consulté le 24/02/2021)
28. Questionnaire de Maastricht [En ligne]. Disponible sur : <https://revlyon.files.wordpress.com/2018/01/questionnaireententevoix.pdf> (Consulté le 25/08/2021)
29. CORSTENS D., ESCHER S., ROMME M. Accepting and Working with Voices : The Maastricht Approach. *Psychosis, Trauma and Dissociation: Emerging Perspectives on Severe Psychopathology* [En ligne]. 2009 ; 23 : 319-332. Disponible sur : https://www.researchgate.net/publication/229996332_Accepting_and_Working_with_Voices_The_Maastricht_Approach (Consulté le 25/08/2021)
30. CORSTENS D., LONGDEN E., MAY R. Talking with Voices. *Psychological, Social and Integrative Approaches* [En ligne]. 2012. Disponible sur https://www.researchgate.net/publication/230559328_Talking_with_Voices (Consulté le 25/08/2021)
31. LONGDEN E., CORSTENS D., MORRISON A.P., LARKIN A., MURPHY E., HOLDEN N., STEELE A., BRANITSKY A., BOWE S. A treatment protocol to guide the delivery of dialogical engagement with auditory hallucinations: Experience from the Talking With Voices pilot trial. *Psychology and Psychotherapy* [En ligne]. 2021 ; 94(3) :558-572. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/33629816> (Consulté le 25/08/2021)

32. CORSTENS D., LONGDEN E., McCARTHY-JONES S., WADDINGHAM R., THOMAS N. Emerging perspectives from the hearing voices movement : implications for research and practice. *Schizophrenia Bulletin* [En ligne]. 2014 ; 40(Suppl 4) : S285-94. Disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/24936088/> (Consulté le 24/02/2021)

33. SLATER J. Piloting a Hearing Voices Group in a High Secure Psychiatric Setting. Presented at the World Hearing Voices Congress, Nottingham, England. 2010. Disponible sur : <http://www.intervoiceline.org/wp-content/uploads/2010/12/HVGrp-Presentation-HVN-World-Congress-Nov-2010.pdf> (Consulté le 26/08/2021)

34. BEAVAN V. Towards a definition of “hearing voices”: a phenomenological approach. *Psychosis* [En ligne]. 2011 ; 3(1) : 63-73. Disponible sur : <https://www.tandfonline.com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/doi/abs/10.1080/17522431003615622> (Consulté le 26/08/2021)

35. OAKLAND L., BERRY K. “Lifting the veil”: a qualitative analysis of experiences in hearing voices network groups. *Psychosis* [En ligne]. 2015 ; 7(2) : 119–29. Disponible sur : <https://www.tandfonline-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/doi/full/10.1080/17522439.2014.937451> (Consulté le 24/02/2021)

36. CORSTENS D., LONGDEN E. The origins of voices: links between life history and voice hearing in a survey of 100 cases. *Psychosis* [En ligne]. 2013 ; 5(3) : 270-85. Disponible sur : <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17522439.2013.816337> (Consulté le 24/02/2021)

37. MARMION J.F. L'antipsychiatrie, l'escroquerie de la folie. *Histoire de la psychologie* [En ligne]. 2012 ; 141-143. Disponible sur : <https://www.cairn.info/histoire-de-la-psychologie--9782361060206-page-141.htm?contenu=article> (Consulté le 26/08/2021)

38. RUDDLE A., MASON O., WYKES T. A review of hearing voices groups: evidence and mechanisms of change. *Clinical Psychology Review* [En ligne]. 2011 ; 31(5) : 757-66. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/21510914> (Consulté le 29/08/2021)

39. LONGDEN E., READ J., DILLON J. Assessing the Impact and Effectiveness of Hearing Voices Network Self-Help Groups. *Community Mental Health Journal* [En ligne]. 2018 ; 54(2) : 184-188. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/28638952> (Consulté le 29/08/2021)

40. BEAVAN V., READ J., CARTWRIGHT C. The prevalence of voice-hearers in the general population: a literature review. *Journal of Mental Health* [En ligne]. 2011 ; 20(3) : 281-92. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/21574793> (Consulté le 29/08/2021)

Annexe 1. Guide d'entretien pour les psychiatres

Entretien semi-dirigé :

- Comment avez-vous découvert l'existence de ces groupes d'entraides sur l'entente de voix ?
- Comment s'est fait le lien entre le réseau sur l'entente de voix et la psychiatrie ?
- Que pensez-vous de ces groupes ?
- Quels sont les avantages de ce dispositif ?
- Orientez-vous vers des groupes d'entendeurs ? ou le proposez-vous ?
- Connaissez-vous l'existence de ce type de groupe pour enfants ? leur développement pourrait-il être intéressant ?
- Qu'est ce qui limite son utilisation aujourd'hui ?
- Pensez-vous que le caractère antipsychiatrique historique et que le contexte d'émergence et de création de ces groupes puissent expliquer qu'ils ne soient pas davantage sollicités par le corps médical ?
- Est-ce une incompatibilité avec d'autres outils thérapeutiques ?
- Quelle est sa place actuellement en psychiatrie ? Comment s'en sert-on ?
- Pensez-vous qu'il y aurait un intérêt à faire connaître les groupes d'entendeurs aux psychiatres et aux internes en psychiatrie ?
- Comment faire en sorte que les psychiatres orientent et proposent d'avantages aux patients qu'ils suivent de rejoindre un groupe d'entendeur ? Quels moyens utiliser ?
- Une formation pour les facilitateurs serait-elle indispensable ?

Annexe 2. Guide d'entretien pour les centres pénitentiaires

Entretien semi-dirigé :

- Qu'est-ce qui a motivé la mise en place du groupe ?
- Est-ce que les soignants connaissaient ce dispositif avant sa mise en place ?
- Quelles représentations aviez-vous de ce type de dispositif ?
- De quelle manière le groupe a été mis en place ? Etait-ce un portage institutionnel collectif ? Y a-t-il eu une sensibilisation des équipes ?
- Quelle articulation a été menée avec l'administration pénitentiaire ? Comment celle-ci a-t-elle perçue la mise en place du groupe ? l'administration pénitentiaire a-t-elle été sensibilisée ?
- Le groupe a-t-il été mis en place avec une personne concernées / un(e) entendeur(se) ?

D'un point de vue pratique :

- Quand le groupe d'entendeur de voix a-t-il été mis en place ? Comment s'est-il mis en place ? quels obstacles et/ou leviers ont été rencontrés à sa mise en place ?
- Combien y a-t-il de groupes ?
- Qui compose le groupe ? (nombre de facilitateurs, nombre d'entendeurs de voix)
- Comment les entendeurs ont-ils été informés de l'existence du groupe ? Le connaissaient-ils avant la prison, ou l'ont-ils découvert en prison ?
- Est-ce une demande des entendeurs, ou une demande des soignants de pouvoir intégrer un groupe ?
- Quelles sont les raisons de leur participation ? quelles sont leurs attentes ?
- Comment se déroule une séance ?
- Quels sont les retours de la part des participants, les ressentis, à la fois des entendeurs de voix et des facilitateurs ?
- Quels sont les avantages ?
- Y a-t-il un intérêt à ce que ça soit plus développé ?
- Quelles sont les limites ? (place de la stigmatisation sur les hallucinations auditives ?), qu'est-ce qu'il faudrait améliorer ?
- Quelles sont les spécificités du milieu carcéral ? (patients hypercontraints)
- Comment se fait le relai à la sortie de prison du patient ?
- Y a-t-il un intérêt de proposer une formation pour les facilitateurs ?
- Quelle est la place du groupe dans la prise en charge du patient

AUTEUR : Nom : LAHAYE

Prénom : Jennifer

Date de soutenance : 22 septembre 2021

Titre de la thèse : Entendeurs de voix : synthèse de la littérature, état des lieux et retours d'expérience des dispositifs déployés en milieu carcéral dans la région Hauts-de-France

Thèse - Médecine - Lille - 2021

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + spécialité : Diplôme d'Etudes Spécialisées en Psychiatrie (DESP)

Mots-clés : Hearing Voices groups, Rétablissement, Empowerment, Pair-aidance

Résumé :

Introduction : Les groupes d'entendeurs de voix s'appuient sur les savoirs expérientiels des usagers. Peu d'études scientifiques ont actuellement été réalisées concernant ces groupes. Ce travail présente une synthèse de la littérature des groupes d'entendeurs de voix, un état des lieux, puis se penche sur les retours d'expériences du déploiement du dispositif en milieu carcéral, sur le Centre Pénitentiaire Lille-Annœullin et sur la Maison d'Arrêt de Beauvais.

Méthode : Nous avons réalisé une revue narrative de la littérature sur les groupes d'entendeurs de voix. Nous avons ensuite mené 2 entretiens semi-dirigés auprès de 2 psychiatres travaillant respectivement dans la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et dans la psychiatrie générale. Enfin, nous avons recueilli les retours d'expériences des 2 premiers sites français ayant développé le dispositif en milieu carcéral : le Centre Pénitentiaire de Lille-Annœullin et la Maison d'Arrêt de Beauvais.

Résultats : Les retours d'expérience des équipes ayant déployé le dispositif sur site sont globalement positifs. Sa mise en place nécessite en amont plusieurs étapes : une sensibilisation auprès des équipes, une formation pour les facilitateurs, une co-construction des groupes avec des entendeurs de voix. Des obstacles ont pu être rencontrés, liés aux spécificités du milieu carcéral, comme le manque de communication parfois avec les surveillants pénitentiaires, les protocoles propres à l'administration pénitentiaire, la restriction des solutions pour faire face à l'entente de voix dans un milieu qui est fermé. Par ailleurs, la mise en place des groupes ne peut se faire sans un portage institutionnel collectif. Un des psychiatres suggère que, paradoxalement, c'est dans les milieux clos que les groupes sont plus facile à mettre en place. Les entretiens semi-dirigés relatent l'importance d'une formation destinée aux psychiatres et aux internes en psychiatrie, pour soutenir le déploiement du dispositif.

Conclusion : Le dispositif semble d'autant plus pertinent en milieu carcéral, milieu propice à l'émergence d'entente de voix. Les phases d'expérimentations des 2 premiers sites français proposant le dispositif en milieu carcéral sont globalement positives.

Composition du Jury :

Président : Professeur Pierre THOMAS

Assesseur : Docteur Ali AMAD

Directeur de thèse : Déborah SEBBANE